

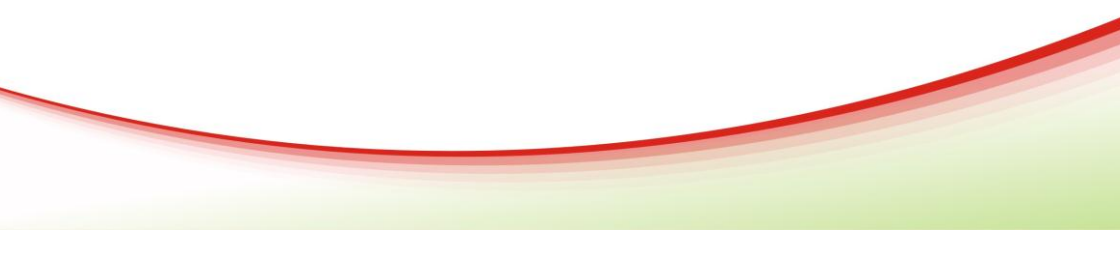
CONFERINȚA DE DERMATOLOGIE

”Zilele Ghe. Năstase”

Ediția a XVI-a

REZUMATE

IAȘI
17-19 Iunie 2010
Complex Onyx



SPONSORI PRINCIPALI

MSD

ABBOTT

JANSSEN-CILAG

L'OREAL

ASTELLAS

EWOPHARMA

NEPENTES

GSK

SERVIER

SPONSORI

Beiersdorf

Avene

Antibiotice

Juliette Armand Cosmetics

Alfa Wasserman

Leo Pharma

Italtrade&Co

Valmedica

Bioderma

Bayer

ElMed

CD Beauty Sistem

Solartium Group

Dar-al Dawa

Sentia

Pro Life Pharma

See Try Buy

COMITETUL DE ORGANIZARE

PREȘEDINTE DE ONOARE:

Prof. Dr. Zenaida PETRESCU

COMITET ȘTIINȚIFIC ȘI ORGANIZATORIC

DIRECTOR EXECUTIV:

Conf. dr. Laura GHEUCĂ-SOLOVĂSTRU

MEMBRI:

Conf. dr. Daciana BRĂNIȘTEANU

Conf. dr. Tatiana ȚĂRANU

Prof dr. Anca ZBRANCA

Șef lucr. dr. Alexandru NICULESCU

Dr. Dorin MIHALACHE

Dr. Titiana CONSTANTIN

Dr. Adrian VASILCA

Dr. Corneliu DOBRE

SECRETARIAT:

Asist univ dr. Gabriela STOLERIU

Asist univ dr. Laura STĂTESCU

Asist univ dr. Dan VÂȚĂ

Prep univ.dr. Paula TOADER

Prep univ.dr. Diana DIACONU

CUPRINS

DERMATOLOGIA ÎNCOTRO ?

1. DERMATOLOGIA ÎNCOTRO? sau DERMATOLOGIA ÎNCOTRO!
Gh. Mușet, B. Nedelciuc, Ana Valuța
Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău
2. DERMATOLOGIA ÎNCEPUTULUI MILENIULUI AL TREILEA
Zenaida Petrescu
UMF „Gr. T.Popa”, Disciplina Dermatologie, Iași
3. LOXOSCELISM – PRIMA OBSERVAȚIE DIN ROMÂNIA
A. Oanță
Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov,
4. PSEUDOXANTHOMA ELASTICUM-LIKE PAPILARY DERMAL
ELASTOLYSIS: PREZENTAREA UNUI CAZ
A. Oanță
Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov,
5. TRATAMENTUL CU DOZE MICI DE ISOTRETINOIN ÎN ACNEEA
MODERATĂ
A. Oanță*, M. Irimie*, Smaranda Oanță**
* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov,
Romania
**Clinica de Dermatologie, Târgu-Mureș, Romania
6. ÎNVĂȚĂTURILE UNGHIEI PENTRU DERMATOLOG
C.Solovan, Loredana Boghian
Universitatea de Medicina si Farmacie “Victor Babes” Timisoara
Clinica de Dermatologie Timisoara
7. SINDROMUL MENDES DA COSTA
Floarea Sărac, I.Brihan, Cristina Călin, Simona Frățilă

Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea, Clinica Dermato-Venerologie

8. AUTOIMUNITATE VERSUS AUTOINFLAMATIE
C.Solovan,Codruta Chelmus
Universitatea de Medicina si Farmacie “Victor Babes” Timisoara,
Clinica de Dermatologie Timisoara
9. ANALIZA INFLUENTEI FACTORILOR PSIHICI LA UN GRUP DE PACIENTI CU AFECTIUNI DERMATOLOGICE
Maria Rotaru*, Angelica Nati**, Mihaela Artimon***
*Clinica Dermatovenerologie, Facultatea de Medicina „Victor Papilian” ,
Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu
**Clinica Universitară Dermatovenerologie a Spitalului Universitar de Urgenta Sibiu
***Psihiatrie, psihoterapeut, Ambulatoriu de Specialitate C.F. Sibiu
10. TEGUMENTUL NOU-NĂSCUTULUI, ÎNTRE NORMAL ȘI PATOLOGIC
Andreea-Luciana Avasiloaiei, Maria Stamatina
Disciplina de Neonatologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T.Popa, Iași
11. BIOREGENERAREA CUTANATA CU FACTORI DE CREȘTERE ȘI CELULE STEM UTILIZÂND EXTRACTE ÎMBOGĂȚITE DE PLASMĂ ȘI PLACHETE AUTOLOGE
Prof. dr. I. Nedelcu
Bucuresti
13. DEUTERIA LUX CREMĂ ANTIRID ANTIMBĂTRÂNIRE CUTANATĂ ÎMBOGĂȚITĂ CU EXTRACTE DE MICROALGE ȘI DIPEPTIDE MIMICE DE VENIN DE VIPERĂ DE TEMPLU
Prof. dr. I. Nedelcu
Bucuresti
14. FACTORII DE CREȘTERE ȘI CELULELE STEM AUTOLOGE ÎN TERAPIA CICATRICILOR VICIOASE
Prof. dr. I. Nedelcu
Bucuresti
15. NEW COSMETICS APPROACHES
ANTI-AGING FACE AND BODY: I BIOCEUTICAL
Dr. Guido Cappare
COSMOPROJECT, Italia
16. FRAXEL RE:STORE LASERUL FRAȚIONAT NEABLATIV ÎN DERMATOLOGIE

Prof. dr. I. Nedelcu
Bucuresti

17. LASERUL FRAXEL RE:STORE NEABLATIV ÎN TRATAMENTUL MELASMEI

Prof. dr. I. Nedelcu
Bucuresti

18. TERAPIA FOTODINAMICĂ O ALTERNATIVĂ ÎN TRATAMENTUL CARCINOAMELOR CUTANATE

Rodica Cosgarea, Mirela Susan, Simona Șenilă, Corina Băican
UMF Cluj

ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE

ACTUALITĂȚI PRIVIND DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL DERMATITEI ATOPICE LA COPIL

Prof dr. Stela Goția

ANTIBIOTICE IAȘI

SERVIER

ACTUALITĂȚI ÎN BOALA VENOASĂ CRONICĂ ÎN ROMÂNIA – VEIN CONSULT PROGRAM 2009

Dr. Sorin Baila

BOALA VENOASĂ CRONICĂ - O PATOLOGIE EVOLUTIVĂ? DETRALEX – UNICUL FLEBOTROPIC CE STOPEAZĂ EVOLUȚIA BOLII VENOASE CRONICE -

Conf. Dr. Daciana Brănișteanu

GLAXOSMITHKLEINE

MANAGEMENTUL INFECȚIILOR CUTANATE SUPERFICIALE ȘI A INFECȚIILOR HERPETICE

Prof. Dr. Anca Zbranca

TRATAMENTUL TOPIC ÎN ACNEE. OPTIMIZAREA COMPLIANȚEI PACIENȚILOR

Conf dr. Daciana Brănișteanu

BEIRSDORF

BEIRSDORF-125 DE ANI DE INOVATII SI CERCETARE EUCERIN
Dr. Luminita Constantin - marketing manager

PROTECTIE SOLARA TRIDIMENSIONALA PENTRU PIELEA USCATA
Conf. Dr. Tatiana Țăranu

JANSSEN-CILAG

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL PSORIAZISULUI
USTEKINUMAB (STELARA)
Conf. Dr. Laura Solovastru- moderator
Asist univ.dr. Dan Vătă

AVENE

CICALFATE
SOLUTIA RAPIDA SI COMPLEXA IN ACCELERAREA PROCESULUI DE
VINDECARE A LEZIUNILOR

ABBOTT

HUMIRA – CONTROL COMPLET IN PSORIAZIS

MODERATOR: Prof. dr. Virgil Feier

SPEAKERI: Prof. dr. Călin Giurcăneanu

Conf. dr. Laura Gheucă-Solovăstru

MERCK, SHARP & DOHME

TRIDERM - O COMBINAȚIE UNICĂ ȘI IMBATABILĂ ÎN TRATAMENTUL
AFECȚIUNILOR DERMATOLOGICE SUPRAINFECTATE FUNGIC ȘI
BACTERIAN

Conf.dr. Laura Gheucă Solovăstru

MERCK, SHARP & DOHME

AERIUS - TRATAMENTUL DE PRIMA INTENȚIE ÎN BOLILE ALERGICE

Prof dr. Călin Giurcăneanu

MERCK, SHARP & DOHME

PSORIAZISUL DIN PERSPECTIVA MEDICULUI ȘI A PACIENTULUI

Conf. dr. Tatiana Țăranu,
Conf. dr. Daciana Elena Brănișteanu

NEPENTES

IWOSTIN SOLECRIN – INOVAȚIE ÎN FOTOPROTECȚIE
EMOLIUM – PROGRAM DE ÎNGRIJIRE COMPLEX PENTRU PIELE
USCATĂ, IRIȚATĂ ȘI ATOPICĂ

EWOPHARMA

VISTABEL- UTILIZĂRI ÎN MEDICINĂ ESTETICĂ
Dr. Mihaela Leventer, Dermastyle, Bucuresti

JULIETTE ARMAND COSMETICS

TRATAMENTUL DE RECUPERARE POSTPEELING
Dr Adina Martinescu
Dr Radu Pitulea

VARIA

1. **SARCOM KAPOSI LA PACIENTUL IMUNOCOMPROMIS – PREZENTARE DE CAZ**
Manciuc Carmen*, Nicolau Cristina**, Prisăcariu Liviu**, Vâță Andrei**, Strat Alina**, Andriescu Corina**, Matei Diana**, Dorobăț Carmen
* - Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași
** - Spitalul Clinic de Boli infecțioase Centrul Regional HIV/SIDA Iași
2. **EPIDERMOLIZA BULOASĂ DISTROFICĂ HIPERPLASTICĂ COCKAYNE-TOURAINÉ – CAZ CLINIC**
Nina Fiodorov, M.Bețiu
Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
3. **ZONA ZOSTER – PROBLEME TERAPEUTICE**
Gh.Mușet, M.Bețiu, Nina Fiodorov
Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
4. **KERATODERMIA PAPILLON-LEFEVRE – caz clinic**
V.Sturza, L.Gugulan, Tatiana Cabac
Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
5. **ATOIYS (EMULSIE) ÎN DERMATITA ATOPICĂ**
Gh.Mușet, Nina Fiodorov, M.Bețiu
Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
6. **BOALA CASTLEMAN - FORMA LOCALIZATĂ, ASOCIATĂ CU VASCULITA URTICARIANĂ**
Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu, Alina Elena Ilie, Alice Rusu, Maria Grigore, Ionuț Macavei, Anca Mihaela Mălin, Elisabeta Otilia Benea**.
*Clinica Dermatologică “Scarlat Longhin” București.

****Institutul de Boli Infecțioase "Matei Balș" București**

7. KERATODERMIA PALMO-PLANTARĂ TIP BRUNAUER-FUCHS – CAZ CLINIC
V.Sturza, Ana Botnarenco
Catedra Dermatovenerologie, USMF „N. Testemițanu”
8. EPIDERMOLIZA BULOASĂ SIMPLĂ WEBER-COCKAYNE – CAZ CLINIC
Nina Fiodorov, V.Sturza, Tatiana Cabac
Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău
9. EVALUAREA EFICACITĂȚII DIAGNOSTICE A TESTULUI WESTERN BLOT ÎN SIFILISUL LATENT ȘI REACȚIILE SEROLOGICE FALS POZITIVE
O.Tabuica , Gh.Mușet. M Bețiu
Catedra Dermatovenerologie USMF ”N.Testemițanu”, Chișinău
10. UTILITATEA LAMBOURILOR ÎN RECONSTRUCȚIA DUPĂ EXCIZIA CARCINOAMELOR FEȚEI
Rodica Cosgarea
UMF Cluj
11. TRATAMENTUL DE RECUPERARE POSTPEELING
Dr Adina Martinescu
Dr Radu Pitulea
JULIETTE ARMAND COSMETICS
12. TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNE CUTANATE FACIAL AVANSATE
Victor-Vlad Costan*, Dan Gogalniceanu*, Eugenia Popescu*, Marilena Bădăluță*, Carmen Vicol*, Dan Ferariu**, Dragoș Negru***, Otilia Boișteanu****
*Catedra Chirurgie Maxilo-Facială, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr. T. Popa”, Iași
**Serviciul Anatomopatologie, Spitalul Clinic de Urgențe ”Sf. Spiridon”, Iași
***Disciplina Radiologie, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr. T. Popa”, Iași
****Disciplina Anesteziologye, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr. T. Popa”, Iași
13. EPITELIOM SPINOCELULAR GIGANT DEZVOLTAT PE LICHEN SCLEROTROFIC VULVAR NEGLIJAT
Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Oana Andreia Coman, Mădălina Rusu, Anca Irina Agavriloaei, Alina Elena Ilie, Anca Podaru.
Clinica Dermatologică Scarlat Longhin București

14. ALOPECIE FRONTALĂ FIBROZANTĂ
 Vasile Benea^{*}, Simona Roxana Georgescu^{*}, Alina-Elena Ilie^{*}, Alice Rusu^{*}, Ionuț Macavei^{*}, Anca-Mihaela Mălin^{*}, Anca Podaru^{*}, Liana Manolache^{**}, Viorel Pătrașcu^{***}
^{*}Clinica Dermatologică "Scarlat Longhin" București
^{**}Policlina "Cetatea Histria", București
^{***}Policlina Pitești
15. STEATOCYSTOMA MULTIPLEX GENERALIZATA - CAZ CLINIC
 G. L. Fekete^{*}, Júlia Edit Fekete^{**}
^{*} UMF Târgu Mureș, Clinica Dermatologie
^{**} Centrul Regional de Sănătate Publică Târgu Mureș
16. CARACTERISTICI DERMOSCOPICE ÎNTR-UN MELANOM PE LENTIGO MALIGN, METASTATIC SI RAPID PROGRESIV CAZ CLINIC
 T. Poalelungi
 Spitalul Clinic C.F Constanta- Ambulatoriul de Specialitate
17. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL EBC GIGANTE RECIDIVATE DUPĂ ELECTROCAUTERIZĂRI MULTIPLE
 I.Florea, Ionica Vais, Loredana Tănase, Șt.Popescu, C.Mitran, Cristina Niculescu
 Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova, România
18. MULTIPLE BOTRIOMICOAME GIGANT LA UN PACIENT CU AFECTIUNI PSIHICE
 Claudia Arteni^{*}, Anca Zbranca^{**}, Irina Mihaila^{****}, Camelia Tamas^{***}, Irina Atudorei^{****}
^{*}Dermatovenerologie, Clinica Roderma, Iasi, Romania
^{**}UMF Gr.T.Popa, Iasi, Romania
^{***}Chirurgie plastica, Spitalul de urgente, Iasi, Romania
^{****}Dermatovenerologie, Spital Sf. Spiridon, Iasi, Romania
19. SEMNE CLINICE DERMATOLOGICE ASOCIATE INTOXICAȚIEI CU PEȘTE SCOMBROID – INTOXICAȚIE FRECVENTĂ DAR SUBDIAGNOSTICĂ
 Otilia Voroniuc
 Disciplina de Igienă și Sănătatea Mediului, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași
20. PREZENTARE DE CAZ
 Ionica Vais,^{*} I.Florea^{*}, Loredana Tănase^{*}, C.Mitran^{*}, Claudia Georgescu^{**}
^{*}Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova, România

**Laboratorul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic nr.1 Craiova, România

21. AFECTAREA UNGHIALĂ ÎN PSORIAZIS – ASPECTE CLINICO – EVOLUTIVE ȘI TERAPEUTICE
Cristina Otilia Țeighiu, Alina Maria Vilcea, Irina Stoicescu
Clinica Dermatologie, UMF Craiova

22. TERAPIA BIOLOGICĂ ÎN PSORIAZISUL VULGAR FORME MEDII ȘI SEVERE
Ionica Vais, I.Florea, Loredana Tănase, Șt.Popescu, C.Mitran,
Cristina Niculescu
Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova

CURS EMC

FOTOTERAPIA: DE LA TEORIE LA PRACTICĂ

Conf. dr. Laura Gheucă Solovăstru

Conf. dr. Tatiana Taranu

Dr. Budăi Alexandru - ELMED

CD Beauty Sistem

TRATAMENTE COMPLEXE ÎN MEDICINĂ ANTI-AGING (CURS EMC)

Dr. Cătălin Enăchescu

CURS EMC

DERMATOLOGIE PEDIATRICĂ

1. PARTICULARITATI MORFOFUNCTIONALE ALE PIELII LA COPIL - IMPLICATII TERAPEUTICE
Conf.dr. Tatiana Țăranu

2. **ASTELLAS**
MANAGEMENTUL OPTIM AL DERMATITEI ATOPICE
Dr.Rozalia Olsavszky, Dr. Mihaela Leventer

3. LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG IN PREVENTIA SI TRATAMENTUL DERMATITEI ATOPICE LA NOU-NASCUTI, SUGARI SI COPII
 Andreea Schillo,
Solartium Group

4. SIFILISUL LA GRAVIDE SI CONSECINTA BOLII LUETICE ASUPRA PRODUSULUI DE CONCEPTIE
 Conf. Dr. Maria Rotaru
 Facultatea de Medicina “ Victor Papilian “ Sibiu ULBS
 Disciplina Dermatologie

5. DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL – PREZENTAREA TIPARULUI DE CAZ ȘI POSIBILITĂȚI DE PREVENȚIE PRIMARĂ*
 Celina Stafie, ** Irina Crișcov, *** Victoria Maxim, ****Camelia Șurubaru
 *Șef de lucrări Disciplina Medicină de Familie UMF Iași, medic primar interne, rezident anul V alergologie, Iași
 ** Asistent universitar Disciplina de Pediatrie UMF Iași, Clinica a IV a, specialist pediatrie Iași,
 *** Medic primar pediatru, specialist alergolog, Prolife Clinics, Iași
 **** Medic rezident alergologie anul II, Iași

6. PSORIAZISUL LA COPIL: ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE
 Zenaida Petrescu, Laura Stătescu, R. Prună
 UMF „Gr. T. Popa” Iași, Disciplina Dermatologie

7. ACNEEA POLIMORFĂ JUVENILĂ
 Conf.dr. Daciana Elena Brănișteanu

8. DERMATITE DE CONTACT LA NICKEL LA COPII
 Prof. dr. Georgeta Sinițchi,
 Universitatea “Apollonia” Iași

9. DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL ȘI ASTMUL BRONȘIC – ROLUL EDUCAȚIEI TERAPEUTICE A FAMILIEI ÎN PREVENIREA INSTALĂRII “ MARȘULUI ALERGIC ”
 *Celina Stafie, ** Irina Crișcov, *** Maria Manuela Apostol
 *Șef de lucrări Disciplina Medicină de Familie UMF Iași, medic primar interne, rezident anul V alergologie
 ** Asistent universitar Disciplina de Pediatrie UMF Iași, Clinica a IV a, specialist pediatrie
 ***Psiholog clinician, Cabinet individual psihologie,

10. PATOLOGIA DERMATOPEDIATRICĂ ÎN IMAGINI
 Dr. A. Vasilca

11. MANIFESTĂRI PEDIATRICE ALE COLAGENOZELOR
Asist.univ.dr. Gabriela Stoleriu

POSTERE – SESIUNEA REZIDENȚI

1. BOALA KAPOSI ASOCIATĂ CU BOALĂ VON WILLEBRAND -
CONSIDERAȚII PE SEAMA UNUI CAZ CLINIC
Irina Mihailă, Ramona Isopescu, Corneliu Dobre
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
2. CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU PSORIASIS.
Elda Ziu^{***}, Carmen Nicoleta Smocot^{*}, Irina Atudorei^{*}, Narcisa Adriana Prodan^{**}, Laura Gheuca Solovastru^{*}.
^{*}Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași
^{**}Universitatea de Medicină și Farmacie UMF “Gr.T.Popa” Iași
^{***}Clinica Alergologie, Spital clinic de Urgențe “N. Malaxa” București
3. REACTII ADVERSE CUTANATE ALE TERAPIEI CU INTERFERON SI RIBAVIRINA PENTRU HEPATITA CRONICA CU VIRUS C
Nicoleta Iov, Doinița Olinici, Georgeta Gheghe, Daciana Brănișteanu, Vasile Drug
Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași
4. HIDROSADENITA SUPURATIVĂ
Alupoaei E. Alina^{*}, R. Prună^{*}, Maia Pulbere^{*}, Irina Zlei^{*}, Aida Bădescu^{**}, Laura Stătescu^{**}
^{*}Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași
^{**}U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași
5. MORFEEA IN “LOVITURA DE SABIE”. BOALA GRAVES- BASEDOW- PREZENTARE CAZ CLINIC-
AbuMahfouz Hussein, Craciunescu Iuliana Viorica, Tatiana Taranu
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași,
Clinica Dermato-Venerologie, Spitalul C.F. Iasi
6. NAPKIN PSORIASIS
Elena Ciubotariu^{*}, Alina Alupoaei^{*}, Georgiana Mihăilă^{**}, Florentina Cucer^{***}, Doinița Olinici, T. Bontea^{*}, Daciana Elena Brănișteanu^{*}
^{*}Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe “Sf. Spiridon” Iași,
^{**}Spitalul Municipal “Elena Beldiman” Bârlad,
^{***}Spitalul de Copii “Sf. Maria” Iași

7. PEMFIGUS VULGAR LA TÂNĂR - CONSIDERAȚII PE SEAMA UNUI CAZ CLINIC
Ramona Isopescu, Irina Mihailă, Corneliu Dobre
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
8. VITILIGO ASOCIAT AFECTARII ENDOCRINOLOGICE MULTIPLE AUTOIMUNE IN CADRUL SINDROMULUI SCHMIDT
Stîncanu Alina*, Radu Monica Iuliana*, Ioannou Antonios*, Cristina Ungureanu**
*Clinica Dermatovenerologie – Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi,
**Clinica Endocrinologie –Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi
9. URTICARIE CRONICA IDIOPATICA ȘI ERITEM POLIMORF – CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ CLINIC
Adriana-Narcisa Prodan**, Irina Atudorei**, Elda Ziu**, Carmen Smocot**
Laura Gheuca Solovastru
*Clinica Alergologie, Spital clinic de Urgențe “N. Malaxa ” București
**Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
10. PREZENTARE CAZ CLINIC: SIFILIS PRIMO-SECUNDAR
Alina Tancau, Nicoleta Iov, Oana Sîriac, A. Vasilca
Clinica Dermatologica – Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi

DERMATOLOGIA ÎNCOTRO ?

1. DERMATOLOGIA ÎNCOTRO? sau DERMATOLOGIA ÎNCOTRO!
Gh. Mușet, B. Nedelciuc, Ana Valuța
Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Dacă în antichitate medicina era atotcuprinzătoare (majoritatea medicilor de la acea vreme erau specialiști polivalenți, cu competențe medicale largi, fiind totodată și vestiți oratori, filozofi, scriitori etc.), în evul mediu – mai mult sau mai puțin conservatoare, dependentă de biserică, atunci, începând cu sec. XVI-XVIII și până în sec. XX, inclusiv, se constată o divizare treptată, dar continuă cu apariția a noi și noi specialități: dermatologie, urologie, gastrologie, endocrinologie, hematologie etc. Spre sfârșitul sec. XX s-a conturat o nouă tendință: apariția unor subspecialități din specialitățile deja existente. Dermatologia nu a fost o excepție. Astfel, au prins viață domenii precum cosmetologia, tricologia, onicologia. Dacă mai adăugăm aici și alte domenii interdisciplinare – dermatologia oncologică, alergologică, pediatrică, fiziatrică, chirurgicală etc. – domenii care „atentează”, fie și indirect, la specialitatea noastră, atunci întrebarea din titlu devine una fundamentală, de supraviețuire. Vorba lui Shakespeare: a fi sau a nu fi!

În Republica Moldova dermatologia a fost „amputată” în repetate rânduri, așa încât astăzi mai multe domenii apropiate nouă (tumorile pielii, manifestările cutanate în insuficiența venoasă cronică etc.) se regăsesc, parțial sau total, și pe agenda altor instituții specializate (oncologie, angiologie etc.). Nu este un secret că „lupta” pentru pacienți a devenit, în ultimii 10-15 ani, foarte acerbă, instrumentele de „ademenire” fiind în continuă perfecționare: diversitate, calitate, operativitate etc. Iată de ce tot mai mulți pacienți cu psoriazis (nu neapărat exudativ, artropatic) ocolesc clinica de dermatologie în favoarea celei de reumatologie. Iată de ce tot mai mulți bolnavi cu eczeme și urticarii ajung nu în cabinetele de dermatologie, ci în cele de alergologie. Din aceleași motive, o bună parte din pacienții cu infecții transmise sexual (în special gonoree, trihomoniază, hlamidioză etc.) preferă consultația urologului sau ginecologului. Șirul poate continua, dar ne oprim aici. Dermatologia încotro? sau Dermatologia încotro! Și una, și alta. Pentru că este vorba despre o problemă prea acută, complexă și, în același timp, subtilă, dureroasă. Este un semnal de alarmă, un apel către toți

membrii organizațiilor de profil (Asociația Dermato-Cosmed în Republica Moldova, Societatea Română de Dermatologie în România) în vederea solidarizării breslei noastre profesionale vizavi de noile provocări.

Diversificarea și perfecționarea cursurilor de educație medicală continuă (inclusiv educația online, la distanță), stabilirea unui parteneriat strategic între diverse clinici/centre de dermatologie (atât de stat, cât și private), mediatizarea mai intensă (în presa scrisă, audio, video și electronică) a serviciilor și „prestatorilor” noștri de servicii, sensibilizarea organelor competente ale statului în vederea optimizării și/sau armonizării legislației medicale – iată doar câteva oportunități de a ne menține „în top”. Dacă vom fi mobili, flexibili, inventivi, un pic chiar „agresivi” – viitorul ne aparține. Vorba aia: succesul rezidă în intuirea oportunităților înainte ca ele să devină realitate. Așadar, Dermatologia încotro?! necesită, dincolo de răspunsuri și comentarii, acțiuni concrete. La treabă, fraților!

2. DERMATOLOGIA ÎNCEPUTULUI MILENIULUI AL TREILEA

Zenaida Petrescu

UMF „Gr. T.Popa”, Disciplina Dermatologie, Iași

Dermatologia acestui început de mileniu este o specialitate complexă, investigativă, medicală și chirurgicală, de prevenire și control a unor manifestări cutaneo-mucoase și a infecțiilor cu transmitere sexuală, având implicații de ordin socio-economic, profesional, estetic etc.

Cele 3 direcții principale de dezvoltare a dermatologiei privesc:

- Cercetarea științifică în domeniul specialității și în domenii conexe;
- Învățământul dermatologic;
- Practica dermatologică.

Cercetarea științifică în domeniul dermatologiei, clinică, investigativă, terapeutică etc. este axată pe studii epidemiologice, clinice, etiologice, de biologie celulară și moleculară (la nivel cutanat), genetică, imunologie, histologie, microbiologie, biochimie, farmacologie, terapie și profilaxie, privind calitatea vieții etc.

Colaborarea interdisciplinară (centre și institute de cercetare ș.a.), realizarea unor studii originale în cadrul doctoratului ș.a. sunt de o deosebită importanță.

Învățământul dermatologic, bazat pe noi date din domeniul cercetării, privind ameliorarea metodelor de investigare și diagnostic, a opțiunilor terapeutice și de profilaxie, folosește variate metode de documentare, tehnologii avansate de predare, metode noi de educație medicală continuă, ca și modalități mai eficiente de apreciere a calității cunoștințelor persoanelor instruite.

Practica dermatologică este axată pe:

Dermatologia bazată pe dovezi;
Realizarea diagnosticului și terapiei la nivelul celular și molecular;
Supraspecializarea în domenii restrânse ale dermatologiei:
dermatopediatrie, oncodermatologie, imunoalergologie cutanată, flebologie,
dermatopatologie, micologie, dermatochirurgie, fizioterapie, cosmetologie
ș.a.

Teledermatologie ș.a.

Investigațiile moderne și noile terapii folosite în dermatologie oferă soluții în unele situații dificile de diagnostic și permit instituirea tratamentului optim actual.

Colaborarea cu alte specialități se impune adesea, pentru obținerea unui beneficiu maxim pentru bolnav.

3. LOXOSCELISM – PRIMA OBSERVAȚIE DIN ROMÂNIA

A. Oanță

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov,

Introducere: Loxoscelismul este o stare cauzată de mușcătura veninoasă a păianjenului *Loxosceles* având un aspect clinic caracteristic. *Loxosceles* sunt păianjeni care pot fi găsiți peste tot în lume dar îndeosebi în America de Nord, America de Sud și sudul Europei. Prezentăm cazul unui bărbat mușcat de păianjen și prezentând aspectul clinic cutanat de loxoscelism.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 59 de ani, fără antecedente personale, constată la câteva ore după mușcăături multiple de păianjen, apariția unui placard inflamator localizat la nivelul antebrațului stâng. Clinic, în ziua următoare, în momentul consultului se constată prezența unui placard inflamator dureros, cu tendință de extindere centrifugă și acoperit de bule multiple, înconjurat de o zonă ischemică albă și apoi de o zonă inflamatorie realizând de la periferie spre centru aspectul „roșu, alb, albastru”, placardul fiind localizat pe antebrațul stâng. Examinările biologice au fost normale, iar prelevările bacteriologice sterile. În evoluție s-a constatat apariția unei ulcerații necrotice extinse. Tratamentul a fost simptomatic, antibioterapie generală, anatoxină tetanică, iar exereza chirurgicală a necrozei a fost efectuată în ziua 42 de evoluție permițând cicatrizarea completă a ulcerației. După 6 luni nu s-a constatat recidiva.

Discuții: Loxoscelismul este cauzat de veninul păianjenului *Loxosceles*. Mușcătura este deloc sau puțin dureroasă fiind urmată la câteva ore de apariția unui placard inflamator dureros cu evoluție centrifugă, centrat de o veziculă sau bulă, care după trei zile ia aspectul caracteristic de la periferie spre centru: „roșu, alb, albastru”. În 10% până la 15% din cazuri evoluția este marcată de apariția unei ulcerații necrotice profunde. Veninul de *Loxosceles* conține sfigomielinaza D2 cauzatoare de necroză cutanată. În zonele endemice prinderea și evidențierea păianjenului nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul se bazează pe măsuri

simptomatice, antibioterapie generală, anatoxină tetanică. Exereza chirurgicală a necrozei poate fi efectuată după 6-10 săptămâni de evoluție.

Concluzie: Loxoscelismul este o cauză de necroză cutanată profundă localizată, cu posibilitatea de a fi întâlnit și în România.

4. PSEUDOXANTHOMA ELASTICUM-LIKE PAPILARY DERMAL ELASTOLYSIS: PREZENTAREA UNUI CAZ

A. Oanță

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov,

Introducere: Pseudoxanthoma elasticum (PXE)-like papillary dermal elastolysis (PDE) este o afecțiune care alături de elastoliza dermului superior sunt caracterizate prin lipsa țesutului elastic din dermul papilar. PXE-PDE împreună cu elastoliza dermului superior, elastoliza dermului mijlociu și papuloza fibroasă albă a gâtului constituie grupul afecțiunilor fibroelastice ale pielii.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 36 de ani este consultat pentru papule nefoliculare de colorație alb-gălbuie confluate în plăci dând aspectul de „pietre de pavaj” localizate simetric pe părțile laterale ale gâtului. Pacientul nu prezenta antecedente de traumatisme, expunere solară excesivă sau inflamație a regiunii afectate. Examenul oftalmologic a fost normal iar examinările de laborator în limite normale. Examenul histologic al unei papule a evidențiat la colorația Van Gieson absența focală a fibrelor elastice în dermul superficial și prezența fibrelor elastice fragmentate în dermul reticular. Aspectul clinic corelat cu cel histopatologic au stabilit diagnosticul de PXE-PDE.

Discuții: PXE-PDE poate fi cauzat de o îmbătrânire intrinsecă cutanată, de radiațiile ultraviolete sau de o elastogeneză anormală. Clinic se prezintă ca papule nefoliculare de colorația pielii sau galbenă, cu aspect de „pietre de pavaj”, localizate simetric, îndeosebi pe toracele superior, gât, brațe, axile. Histologic semnul caracteristic este absența țesutului elastic din dermul papilar. Deși clinic este identic cu PXE, în PXE-PDE nu există afectare sistemică.

Concluzie: PXE-PDE este o afecțiune rară, clinic identică cu PXE, iar histologic caracterizată prin absența focală a țesutului elastic din dermul papilar.

5. TRATAMENTUL CU DOZE MICI DE ISOTRETINOIN ÎN ACNEEA MODERATĂ

A. Oanță*, M. Irimie*, Smaranda Oanță**

* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov, Romania

**Clinica de Dermatologie, Târgu-Mureș, Romania

Background: Administrarea clasică eficientă a isotretinoinului în acnee constă într-o doză de 0,5-1 mg/kgc/zi pe o perioadă variind între 4 și 8 luni cu obținerea unei doze cumulative de 120 mg/kgc. Uneori această doză conduce la apariția de efecte secundare.

Obiective: Scopul acestui studiu constă în stabilirea eficienței dozelor mici de isotretinoin în tratamentul acneei moderate.

Metodă: Acest studiu necomparativ a cuprins 102 pacienți, cu vârsta cuprinsă între 15 și 30 de ani diagnosticați cu acnee moderată. Tratamentul a fost efectuat cu o doză de 20-30 mg/zi de isotretinoin, reprezentând aproximativ 0,3 mg/kgc/zi, timp de 8 luni, doza medie de isotretinoin administrată unui pacient fiind de aproximativ 72 mg/kgc. Evaluarea pacienților s-a făcut prin examinare clinică și de laborator la sfârșitul lunilor 1, 4, 6 și 8 de tratament. Pacienții au fost urmăriți timp de 1 an de la terminarea tratamentului.

Rezultate: La sfârșitul tratamentului rezultatele au fost foarte bune și bune la 97,9% dintre pacienți și nici un pacient nu a necesitat terapie adițională. Din lipsa complianței 7 pacienți au părăsit studiul, un pacient a întrerupt tratamentul datorită agravării unui sindrom depresiv preexistent, iar altul datorită unei dislipidemii severe. Ca și efecte secundare cutaneo-mucoase cheilita a fost prezentă la 97,9% dintre pacienți, o ușoară xeroză la 62,1%, tulburări de vedere la acomodarea nocturnă la 3,15%, cefalee la 2,1% și epistaxis la 5,26%. Creșterea lipidelor serice (cu peste 10% mai mare decât valoarea limitei superioare a normalului) a fost găsită la 9,47% dintre pacienți iar a enzimelor hepatice ușoară și tranzitorie la 3,15%. Timp de 1 an după terminarea tratamentului s-a constatat recidiva la un singur pacient.

Concluzie: Tratamentul cu doze mici de isotretinoin de 0,3 mg/kgc/zi s-a dovedit eficient în acnea moderată, efectele secundare fiind ușoare și cu incidență scăzută față de cele apărute în cazul dozelor clasice.

6. ÎNVĂȚĂTURILE UNGHIEI PENTRU DERMATOLOG

C.Solovan, Loredana Boghian

Universitatea de Medicina si Farmacie "Victor Babes" Timisoara,

Clinica de Dermatologie Timisoara

Psoriazisul este o boala sistemică, poligenică, imuno-inflamatorie complexă, cu predominanță cutanată. 15-30% din pacienți prezintă afectare unghială, 5-30% din pacienți dezvoltă artrită psoriazică. Pacienții cu psoriazis prezintă o prevalență semnificativ mai mare a comorbidităților, aproape dublu nivelului general de comorbitate. Cu cât afectarea unghială este mai severă, cu atât sunt mai severe leziunile cutanate, dar și incidența artritei psoriazice cu deficit funcțional crește. Afectarea unghială poate reprezenta o legătură între afectarea cutanată și cea articulară în artrita psoriazică. Unghia-2 perspective: anexă a pielii (embriologic, apare ca o invaginație a epidermului), dar unghia este integrată sistemului osteomuscular (funcțional asociată falangei distale și structurilor articulației

intefalangiene distale). Unghia poate fi privită ca o fereastră către atriculații. Afectarea unghială în psoriazis are un impact direct asupra funcției și calității vieții pacientului și reprezintă semnalul leziunilor articulare inflamatorii viitoare. Astfel psoriazisul unghial poate fi un marker precoce al artritei psoriazice.

Concluzii: Dermatologul se află într-o postură strategică pentru identificarea precoce a pacienților cu artrită psoriazică și se află în avangarda diagnosticului artritei psoriazice precoce și în oportunitatea, poate responsabilitatea de a preveni distrucția articulară printr-o intervenție adecvată în timp.

7. SINDROMUL MENDES DA COSTA

Floarea Sărac, I.Brihan, Cristina Călin, Simona Frățilă

Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea, Clinica Dermato-Venerologie

Introducere

Sindromul Mendes da Costa sau eritrokeratodermia variabilă este o genodermatoză rară transmisă autozomal dominant, mutațiile fiind identificate în 2 gene de conexiune. Clinic se caracterizează prin apariția de plăci și placarde keratozice și eritematoase figurate care pot suferi modificări permanente din punct de vedere al formei și localizării.

Material și metodă

Lucrarea este rezultatul observațiilor clinice și evoluției leziunilor într-o perioadă de mai mulți ani precum și consultării informațiilor din literatura de specialitate legate de această afecțiune.

Rezultate

Este vorba de o pacientă de 22 ani care prezintă la nivelul feței, trunchiului și membrelor o erupție extinsă eritemato-scuamoasă cu caracter figurat și policiclic, contur net delimitat, leziunile fiind într-o continuă modificare în ceea ce privește localizarea și forma plăcilor sau placardelor.

Afecțiunea a debutat la vârsta de 2 ani la nivelul trunchiului, leziunile fiind mai estompeate până la vârsta de 18 ani, când acestea au devenit mai eritematoase și keratozice precum și mai extinse. Menționăm că în familia pacientei nu mai există cazuri cu această afecțiune.

Pacienta a urmat un tratament topic cu corticosteroizi și acid retinoic, rezultatele terapeutice fiind parțial favorabile.

Concluzii

Eritrokeratodermia variabilă este o genodermatoză rară. Aspectul particular al cazului nostru este reprezentat de absența antecedentelor familiale.

8. AUTOIMUNITATE VERSUS AUTOINFLAMATIE

C.Solovan, Codruta Chelmus

Universitatea de Medicina si Farmacie "Victor Babes" Timisoara,

Clinica de Dermatologie Timisoara

Paradigma autoimunității a dominat imunologia așa de mult, încât conceptele noastre în privința multor boli au fost modelate pentru a se potrivi dogmei predominante. Plasarea bolii imunologice de-a lungul acestei propuneri continue, permite contribuția relativă a diferitelor tipuri de inflamație directă a selfului, să fie luată în considerare, fără presupunerea că răspunsul imun adaptativ joacă un rol central în patogenezăa bolii. Autoimunitatea poate fi definită generică că inflamația autodirijată prin care celulele dendritice B sau T determina răspunsuri primare și secundare în organele limfoide, ducând la ruperea toleranței și dezvoltarea reactivității imune împotriva antigenelor proprii. Răspunsul imun adaptativ joacă un rol important în eventuala expresie clinică a bolilor autoimune. Anticorpii specifici de organ se pot regăsi înainte că boala să aibă expresie clinică și înainte de deteriorarea perceptibilă a organelor ținta. Recunoașterea formală a autoinflamatiei, are de asemenea implicații pentru o mai bună înțelegere clinică a terapiei vizate în bolile imunologice. Autoinflamatia se poate defini că inflamația autodirijată prin care factorii locali de la nivelul țesuturilor tinta predispușe la boală duc la activarea imunității celulare înnăscute, incluzând macrophage și neutrofile, având ca rezultat daune la nivelul țesutului ținta. Pe baza acestor definiții, mai multe boli comune cu componente inflamatorii pot fi clasificate ca fiind predominant autoinflamatorii, cu toate că cele mai multe din aceste condiții au de asemenea dovezi pt autoimunitate în stabilirea clinică. Toate bolile imunologice pot fi conceptual definite că pure autoinflamatorii sau autoimune, sau că o combinație de mecanisme autoinflamatorii și autoimune, care interacționează variabil în expresia fenotipică a bolii.

9. ANALIZA INFLUENȚEI FACTORILOR PSIHICI LA UN GRUP DE PACIENTI CU AFECȚIUNI DERMATOLOGICE

Maria Rotaru*, Angelica Nati**, Mihaela Artimon***

*Clinica Dermatovenerologie, Facultatea de Medicina „Victor Papilian” ,
Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu

**Clinica Universitară Dermatovenerologie a Spitalului Universitar de
Urgenta Sibiu

***Psihiatrie, psihoterapeut, Ambulatoriu de Specialitate C.F. Sibiu

Bolile dermatologice sunt asociate cu o varietate de tulburări psihice, care pot afecta atât pacientul, cât și familia acestuia. Mai mult decât atât, apariția și evoluția manifestărilor dermatologice pot fi influențate semnificativ de factorii psihici; există și situații când impactul afecțiunii dermatologice asupra calității vieții pacientului poate duce la apariția de tulburări psihice.

Obiective: identificarea afecțiunilor psihice, apărute la pacienții cu manifestări dermatologice, stabilirea corelațiilor cu boala dermatologică,

sublinind impactul asupra calității vieții pacientului și identificarea reacțiilor adverse de tip cutanat ca urmare a tratamentului psihiatric.

Material și metoda: studiul s-a efectuat pe o perioadă de 19 luni, pe un lot de 67 pacienți, care la internare prezentau pe lângă manifestările cutanate și manifestări psihice. Toți pacienții au fost supuși unui consult psihiatric, fiind chestionați cu privire la debutul afecțiunii dermatologice și al manifestărilor psihice, la evoluția afecțiunii dermatologice sub influența factorilor psihici și la impactul atât al bolii dermatologice cât și al factorilor psihici asupra calității vieții acestora.

Rezultate și discuții: Cele mai frecvente tulburări psihice diagnosticate de către medicul specialist psihiatru la pacienții din studiul nostru au fost: tulburări afective (38,9%), tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme (27,4%), tulburări ale personalității și comportamentului (9,6%).

Cele mai importante afecțiuni dermatologice declanșate sau exacerbate de către factorii psihici au fost: psoriazis (12,9%), prurigo cronic (11,3%), lichenul plan (6,4%), eczema cronică (4,8%) și alopecia (3,2%).

Afecțiunile dermatologice care au apărut ca urmare a tulburărilor psihice au fost: dermatita artefacta (3,2%) și leziunile excoriante (1,6%).

Boliile dermatologice care au determina ulterior afecțiuni psihice au fost: psoriazisul (4,8%), eczema cronică (3,2%), dermatita atopică (1,6%) și pemfigusul vulgar (1,6%).

6,4% dintre pacienți, diagnosticați anterior cu afecțiuni psihice au prezentat reacții adverse de tip cutanat ca urmare a tratamentului psihiatric; astfel, am întâlnit: eritrodermie generalizată (3,2%), urticarie acută (1,6%) și eritem polimorf (1,6%).

Concluzii: Factorii psihici joacă un rol important în aproximativ o treime dintre afecțiunile dermatologice. De aceea, afecțiunile cutanate ar trebui cuantificate nu doar prin prisma simptomatologiei, ci și prin parametrii psihici, psihologici și sociali, iar tratamentul acestor pacienți care prezintă atât manifestări cutanate, cât și manifestări psihice ar trebui să fie unul complex, impunând atitudine dermatologică, psihiatrică și psihologică, pentru a le putea îmbunătăți calitatea vieții.

10. TEGUMENTUL NOU-NĂSCUTULUI, ÎNTRE NORMAL ȘI PATOLOGIC

Andreea-Luciana Avasiloiței, Maria Stamatini

Disciplina de Neonatologie,

Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T.Popa, Iași

Pielea nou-născutului este incomplet dezvoltată anatomic și funcțional, fiind cu până la 40–60% mai subțire decât pielea unui adult. La naștere, stratul cornos este subțire, cu slabă legătură între celule, ceea ce determină o permeabilitate cutanată crescută. Dermul are o structură conjunctivală elastică slab dezvoltată, papilele dermice sunt mici, capilarele sunt scurte și largi.

Nou-născuții au variate tipuri de leziuni tegumentare, atât fiziologice, cât și patologice, dificil de diferențiat. Cele mai frecvente leziuni pot fi împărțite în: modificări de culoare, leziuni pigmentare și vasculare, erupții, leziuni descuamative.

Culoarea normală a pielii nou-născutului este roz. Modificările culorii (cianoză, icter, pletora, marmorare) pot fi atât fiziologice, determinate de tranziția la viața extrauterină, cât și patologice, cauzate de diverse entități patologice (malformații congenitale de cord, incompatibilitate de grup sanguin, infecții, sindroame cromosomice).

Leziunile vasculare și pigmentare fiziologice (hemangiomul macular, pata mongoloidă) apar la 80% din totalul nou-născuților și se deosebesc de cele patologice (hemangiomul cavernos, petele café-au-lait) prin faptul că primele dispar în timp.

Erupțiile fiziologice (eritemul alergic, milia) se datoresc modificărilor nivelurilor hormonale în perioada perinatală, în timp ce erupțiile patologice sunt de obicei rezultatul infecțiilor congenitale sau perinatale.

Leziunile descuamative pot fi fiziologice în cazul prematurilor, datorate pierderilor crescute de apă transepidermice care determină apariția xerozei sau pot fi patologice, ca în cazul sifilisului congenital.

Dezvoltarea pielii nou-născutului continuă și în perioada postnatală, mai ales în cazul prematurilor. Recunoașterea diferitelor modificări cutanate survenite în perioada neonatală este importantă pentru managementul optim al nou-născuților sănătoși și bolnavi.

11. BIOREGENERAREA CUTANATA CU FACTORI DE CREȘTERE SI CELULE STEM UTILIZAND EXTRACTE ÎMBOGĂȚITE DE PLASMA SI PLACHETE AUTOLOGE

Prof. Dr. I. Nedelcu
Bucuresti

Între produsele autologe destinate combaterii îmbătrânirii și producerii regenerării remodelării faciale și corporale, grăsimea, utilizată prin tehnica lipofilingului, se bucura de o poziție privilegiată, în ciuda numeroaselor neajunsuri ale metodei (rezultate pasagere, prelevare greoaie, pierderi importante la manevrare și readministrare, reacții inflamatorii importante legate de fenomenul de lipoliza fiziologică, etc.)

Un nou produs autolog, extractele îmbogățite de plasmă și plachete, a fost dezvoltat, concomitent cu imaginarea unei tehnici adecvate de prelucrare și administrare, pentru creșterea eficacității și reducerea inconvenientelor legate de tehnicile precedente.

Tehnicile de biostimulare și regenerare cutanată și nu numai, utilizează produse autologe furnizată de propriul sânge al pacientului, extracte îmbogățite de plasmă, plachete și celule stem. Aceste extracte conțin peste 60 de factori de creștere și control tisular, dintre care cei mai importanți sunt:

- PDGF(Platelet Derived Growth Factor) care controlează replicarea și proliferarea fibroblastilor și keratinocitelor, augmentează sinteza de colagen și elastina, produce angiogeneza și vascularizație, produce chemoatractie pentru macrofage și fibroblaste;
- TGF alpha și beta (Transforming Growth Factor) care induce formarea de țesut de susținere (collagen) și stimulează proliferarea și migrația celulară;
- ILGF (Insulin-Like Growth Factor) care controlează proliferarea și migrarea celulară;
- EGF (Epidermal Growth Factor) responsabil cu diferențierea celulară, reepitelizare și angiogeneza;
- BFGF (Basic Fibroblast Growth Factor)
- VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)
- HGF (Hepatocyte Growth Factor) , toți fiind responsabili în ultimă instanță de diferențierea celulară, reepitelizare, migrația celulară și angiogeneza.

Sunt discutate tehnicile de obținere a extractelor îmbogățite de plasmă și plachete, tehnicile de administrare, profilul de siguranță pe termen scurt și lung și rezultatele obținute în epitelizarea rănilor atone, cicatrizarea ulcerelor cronice vasculare și diabetice, în regenerarea și remodelarea facială și corporală (decolteu, mâini), regenerarea părului, ștergerea ridurilor, etc., în lumina datelor din experiența internațională și personală.

12. DEUTERIA LUX CREMA ANTIRID ANTIMBATRANIRE CUTANATA IMBOGATITA CU EXTRACTE DE MICROALGE SI DIPEPTIDE MIM DE VENIN DE VIPERA DE TEMPLU

Prof. Dr. I. Nedelcu
Bucuresti

Înțelegerea superioară a mecanismelor îmbătrânirii cutanate a permis ca în noile generații de produse dermatocosmetice să fie incluse, pe lângă de acum devenitele clasice principii active naturale precum: uleiurile vegetale (de Jojoba, de măsline, de semințe de strugure), vitaminele E, A , C, extractele de Aloe Vera, Conzima Q10 și principii active cum sunt dipeptidele, tri- sau pentapeptidele cu efecte clinice antirid spectaculoase.

Dipeptide Diaminobutyroyl-ul mimează efectul antirid al Waglerinei, principiul activ extras din Veninul de Viperă de Templu (Tropoidolaemus Wagleri) care în experimentele de laborator s-a dovedit că reduce frecvența contracției musculare cutanate cu 82% la 2 ore, efect care se menține în timp (la 48 de ore după aplicarea Diaminobutyroyl Dipeptidului se menține redusă frecvența contracției musculare cutanate cu 67 %). Se știe că Toxina Botulinică (Botox-ul), injectată în piele, inhiba complet contracția mușchilor cutanați. Așadar putem concluziona că Diaminobutyroyl Dipeptidul are, în experimentul de laborator, 82% din puterea toxinei botulinice.

Cremele dermatocosmetice cu concentrații active de Dipeptid Diaminobutyroyl, aplicate de 2 ori pe zi, reduc cu 52% mărimea ridurilor în

28 de zile, așa după cum au dovedit testele clinice în cadrul cărora s-a cercetat modificarea parametrilor Ra de netezire și Rz + Rt antirid.

Nivelul de sofisticare al strategiei de concepere de noi formule de creme anti-rid a crescut atunci când în produsele dermatocosmetice s-a introdus extractul de microalge *Nannochloropsis Oculata*, care reduce rapid ridurile prin creșterea sintezei cutanate de colagen (în experiment crește cu 67% sinteza de colagen în fibroblaștii din pielea umană) și protejează de îmbătrânirea prematură prin blocarea distrugerii fibroblaștilor – celulele cheie în îmbătrânirea cutanată- prin radicalii activi. În experiment extractul de *Nannochloropsis Oculata* protejează cu 48% fibroblaștii umani de stresul oxidativ indus de radicalii de peroxid de hidrogen. Altfel spus, dacă în fiecare zi ar trebui să moară 2 fibroblaști unul dintre ei este salvat de extractul de *Nannochloropsis Oculata*, ceea ce s-ar traduce prin reducerea cu aproximativ 50% a vitezei de îmbătrânire cutanată.

Al treilea nivel de sofisticare în producerea cremelor dermatocosmetice cu efect antiîmbătrânire cutanată este reprezentat de folosirea în compoziția cremelor a apelor speciale care și-au dovedit un excelent efect antiîmbătrânire, așa cum este Apă cu conținut redus în Deuteriu- un izotop natural stabil de hidrogen- , obținută în România grație unei tehnologii brevetate și recompensate cu medalii și Diplome de Aur la cele mai prestigioase Târguri de inventica din lume, care apa, în experiment pe șoricei și flori, crește speranța de viață cu de peste 2x.

13. FACTORII DE CRESTERE SI CELULELE STEM AUTOLOGE IN TERAPIA CICATRICILOR VICIOASE

Prof. Dr. I. Nedelcu
Bucuresti

Tratamentul cicatricilor vicioase și/sau inestetice prin mijloacele clasice reprezintă, prin rezultatele obținute , o sursă permanentă de nemulțumire atât pentru pacient cât și pentru medicul curant.

Hormonii de creștere și celulele stem autologe obținute din extracte îmbogățite de trombocite și plasmă autologa par a reprezenta o speranță în tratamentul cicatricilor vicioase și inestetice .

Sunt discutate mecanismele de acțiune, metoda și tehnică terapiei prin Hormonii de creștere și celulele stem autologe obținute din extracte îmbogățite de trombocite și plasmă autologa pentru tratamentul cicatricilor vicioase și/sau inestetice, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative în lumina experienței personale

14. NEW COSMETICS APPROACHES ANTI-AGING FACE AND BODY: I BIOCEUTICAL

Dr. Guido Cappare
COSMOPROJECT, Italia

Skin aging is a combination of biological and biochemical changes that create structural and functional changes at multiple levels in the ' TOTAL SKIN'S SECTOR '

You have quantitative and qualitative changes of the components of the tissues. Reduction of the controls and the ability of the cells to implement the controls,

Reducing the number of cells in proliferative phase, energy metabolism and synthesis of differentiated cells.

Reduced ability to perform effectively their functional tasks.

The balance that regulates anabolic and catabolic mechanisms are altered in an ever more pronounced depending on the degree of skin aging.

Very often at pay much attention to topical solutions that can revitalize the fibroblasts to improve the neo-synthesis of the constituents and the ME is neglected other modifications bio-functional of the catabolic mechanisms which are also important as the MMPs The glycation of proteins free radicals etc..

One of the best known and methodology used in the treatment of skin rejuvenation is the "peeling". Today we have various types of peeling their mechanism of action is based essentially create an "insult" controlled more or less marked in order to trigger a subsequent biological process reopened, and was better than initial conditions. This methodology, while remaining a very important operational tool often has limitations. They can be identified in three questions;

1 After you restore a physiological cell turnover and 'right to continue to attack * * the skin to try to stimulate the dermis?

2 - Normally, the peeling is carried out at intervals of more or less extensive depending on the substances used. This object has a limit when we have the 'need to deal very intensely skin aging.

3 - L 'incompatibility of using the peeling in the same session in association with IPL and RF, electrical equipment now widely used in a program of skin rejuvenation.

An important innovation in science can overcome these obstacles is the Interactivity Bioceutical. A system able to interact simultaneously and effectively both anabolic and catabolic mechanisms and is associated with electrical systems for skin rejuvenation.

15. FRAXEL RE:STORE LASERUL FRACTIONAT NEABLATIV IN
DERMATOLOGIE
Prof. Dr. I. Nedelcu
Bucuresti

Laserul Fraxel reprezintă o tehnică de ultimă oră, lansat pe piața în anul 2004, care a determinat obținerea de rezultate spectaculoase în tratamentul de reîntinerire cutanată asupra pielii afectate prin: fotoimbatranire, cicatrici

reziduale după acnee, pete pigmentare de tipul melanodermiilor câștigate sau de sarcină, vergeturi, reducerea ridurilor superficiale și a porilor dilatați, tratamentul petelor solare și a petelor de vârstă.

Laserul Fraxel re:store produs de compania Reliant Technologies din USA, este o tehnică de tratament a cărei eficacitate și siguranță au fost recunoscute și recomandate de FDA în SUA și abordează pielea printr-un concept științific inovator în cadrul căruia pe o suprafață de 1 centimetru pătrat de piele se realizează 200 – 300 de mici orificii, cu diametrul de 75 - 150 microni, care penetrează în piele la o adâncime cuprinsă între 0,4 și 1,4 mm.

Țesutul cuprins în interiorul acestui cilindru de acțiune a laserului fracționat va fi coagulat și apoi eliminat grație proceselor fiziologice de reparare cutanată.

Celulele (fibroblastii) dispuse în imediata vecinătate a zonei de acțiune a laserului fraxel vor suferi o resetare funcțională și vor fi determinate să contribuie la repararea și netezirea pielii printr-o sinteză crescută de colagen, fibre elastice, acid hialuronic și substanța fundamentală cutanată care au drept rezultat final o reîntinerire cutanată care face din laserul fracționat Fraxel cea mai eficientă tehnică de tratament a momentului în domeniul skin-resurfacing-ului .

Spre deosebire de laserele clasice, utilizate pentru reîntinerirea cutanată, care distrugeau în totalitate stratul superficial al pielii, ceea ce genera numeroase efecte secundare importante și obliga la scoaterea pacientului din activitatea zilnică pe perioade mari de timp, laserul fracționat nonablativ acționează doar pe o porțiune mică de maxim 20% din suprafața tratată

Laserul Fraxel re:store “și NU distruge stratul superficial al pielii ci doar produce zone de coagulare, astfel încât din cei peste 80% suprafața cutanată neafectată se produce o regenerare rapidă , fără cicatrici, pete hipo sau hiper crome și ceea ce este foarte important, pacientul poate să-și reia activitățile zilnice imediat după ședință de tratament.

Ședința de tratament se efectuează sub anestezie locală, obținută prin utilizarea de cremă anestezice .

După ședință Fraxel este necesară o hidratare foarte bună pe gură și utilizarea de creme hidratante și de creme ecran solar.

Sunt necesare 5-8 ședințe în raport de gravitatea leziunilor de tratat, cu un interval de timp între ședințe de 2-6 săptămâni.

Sunt discutate mecanismele de acțiune, metoda și tehnică terapiei prin laserul Fraxel re:store “ produs de compania Reliant Technologies din USA, pentru tratamentul unor suferințe cutanate, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative, în lumina experienței personale.

16. LASERUL FRAXEL RE:STORE NEABLATIV IN TRATAMENTUL MELASMEI

Prof. Dr. I. Nedelcu
Bucuresti

Tratamentele tradiționale ale melasmei uzează de creme depigmentante, peeling-uri chimice, microdermabraziuni, mezoterapie, terapii laser, fotoprotecție internă și externă.

Laserul Fraxel este o metodă de înaltă tehnologie, aprobată de FDA, pentru tratamentul melasmei, care s-a dovedit a fi deosebit de eficientă, chiar și în cazurile în care terapiile tradiționale au eșuat.

Sunt discutate mecanismele de acțiune, metoda și tehnică terapiei prin laserul” Fraxel re:store “ produs de compania Reliant Technologies din USA, pentru tratamentul melasmei, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative în lumina experienței personale.

17. TERAPIA FOTODINAMICĂ O ALTERNATIVĂ ÎN TRATAMENTUL CARCINOAMELOR CUTANATE

Rodica Cosgarea, Mirela Susan, Simona Șenilă, Corina Băican
UMF Cluj

VARIA

1. SARCOM KAPOSI LA PACIENTUL IMUNOCOMPROMIS – PREZENTARE DE CAZ

Manciuc Carmen^{*}, Nicolau Cristina^{**}, Prisăcariu Liviu^{**}, Vâță Andrei^{*},
Strat Alina^{**}, Andriescu Corina^{**}, Matei Diana^{**}, Dorobăț Carmen^{*}

* - Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

** - Spitalul Clinic de Boli infecțioase – Centrul Regional HIV/SIDA Iași

Comorbiditățile relevante ale bolii SIDA pentru zona noastră sunt în primul rând tuberculoza, infecțiile fungice și infecția cu citomegalovirus (corioretinita). Sarcomul Kaposi are o frecvență scăzută printre acești pacienți, cazurile în evidența clinicii fiind rare (0,25 cazuri/an). Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, de 43 ani, din nordul Moldovei care se prezintă pentru scădere ponderală concomitent cu apariția unor leziuni nodulare lenticulare violacee diseminate predominant la nivelul membrilor. Testele paraclinice au confirmat infecția HIV, cu imunodepresie severă (CD4-23/mm³), iar aspectul clinic și biopsia cutanată au condus la diagnosticul de sarcom Kaposi. Pacientul a primit tratament antiretroviral și oncologic, evoluția ulterioară fiind favorabilă. Leziunile lenticulare în contextul unui wasting sindrom poate fi relevant pentru imunodepresie severă pentru medicul avizat.

2. EPIDERMOLIZA BULOASĂ DISTROFICĂ HIPERPLASTICĂ COCKAYNE-TOURAINÉ – CAZ CLINIC

Nina Fiodorov, M.Bețiu

Catedra dermatovenerologică USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Epidermoliza buloasă distrofică hiperplastică Cockayne-Touraine este o maladie ereditară transmisă autosomal dominant. Debutează la naștere și evoluează în pusee. Bulele dermo-epidermice provocate alternează cu cele spontane, uneori sunt hemoragice și la vindecare formează cicatrice atrofice. Se asociază cu ulceratii bucale, alte malformații de tip hiperplazic: onicodistrofii, keratodermii palmo-plantare, keratoză pilară, hipertricoză, hiperhidroză. Evoluția maladiei este mult mai benignă în comparație cu formă polidisplică Hallopeau-Siemens.

Se prezintă cazul unui pacient de 3 ani, sex masculin, care se află la evidență de la naștere în Dispensarul Dermato-Venerologic Republican (Chișinău) pentru epidermoliză buloasă distrofică hiperplastică Cockayne-

Touraine, fiind spitalizat repetat în secția copii. Istoricul bolii începe de la naștere. Obiectiv, s-au evidențiat bule de dimensiuni 0,5-1cm, majoritatea fiind posttraumatice, unele spontane, dispuse predominant peribucal, spate, toracele anterior, posterior și lateral, coate și genunchi. De asemenea, în urma rezorbției leziunilor buloase s-au observat cicatrici atroifice și depigmentare. Prezența cicatricelor atroifice pe mâini evidențiază inițierea contracturii flexorii. S-au observat formațiuni alb-sidefii, ușor proeminente, de consistență elastică, multiple, de tip milium, situate la nivelul părții dorsale a mâinilor, gambelor, degetelor. Starea generală e satisfăcătoare, somatic este sănătos, simptomatică psihiatrică nu are, antecedente eredocolaterale fără importanță.

Cazul este adus în discuție pentru raritatea acestei maladii.

3. ZONA ZOSTER – PROBLEME TERAPEUTICE

Gh. Mușet, M. Bețiu, Nina Fiodorov

Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Scopul acestui studiu a fost evaluarea efectelor benefice ale medicamentului Valaciclovir (Valtrex, GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A) în Herpes Zoster.

Material și metodă: lotul de studii a cuprins 11 pacienți cu vârste între 28 și 72 de ani (7 de sex feminin și 4 de sex masculin). Distribuția dermatomală s-a semnalat în felul următor: herpes zoster intercostal la 7 pacienți, herpes oftalmic și herpes sciatic popliteu extern a câte 2 pacienți. Forma eritemato-veziculoasă s-a observat la 7 pacienți, hemoragică la 3, forma necrotică la 1 pacient. S-a instituit tratament cu Valaciclovir (Valtrex, GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A), 1 g de 3 ori/zi, 7 zile, asociat cu un antiinflamator nesteroidian și tratament topic dezinfectant. Pacienții au fost monitorizați în ziua a III-a, a VII-a și a XXX-a de la inițierea tratamentului.

Rezultate. După 3 zile de tratament în toate cazurile progresia maladiei a fost oprită. O ameliorare semnificativă al sindromului algic s-a constatat în 6 cazuri, iar în 5 cazuri intensitatea durerii nu s-a modificat. După 7 zile de tratament – la 2 pacienți s-au evidențiat manifestări reziduale a leziunilor cu dispariția completă a durerii. O ameliorare semnificativă cu durere ușoară și mai mult de 50% din leziuni cutanate vindecate s-a semnalat la 5 pacienți. În 4 cazuri s-a constatat persistența durerii de intensitate medie și cu mai puțin de 50% din leziunile cutanate vindecate. După 30 zile de tratament la cei 11 pacienți s-a evidențiat dispariția completă a leziunilor cutanate. La 2 pacienți s-au constatat dureri de intensitate medie, cei 9 pacienți nu acuzau simptomatologie dureroasă. Reacții adverse (cefalee, grețuri) s-au constatat la 1 pacient.

Discuții și concluzii. Valaciclovir (Valtrex, GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A) oprește progresia erupției herpetice după prima zi de administrare, scade intensitatea durerii în majoritatea cazurilor după 7 zile de tratament, grăbește vindecarea leziunilor cutanate, diminuează incidența

algiei postzosteriene la pacienții în vârstă. Valaciclovir (Valtrex, GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A) este ușor de administrat și bine tolerat de pacienți. Reprezintă un medicament eficient cu efecte benefice în Herpes Zoster.

4. KERATODERMIA PAPIILLON-LEFEVRE – caz clinic

V.Sturza, L.Gugulan, Tatiana Cabac

Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Keratodermia Papillon-Lefevre a fost descrisă în an.1924 și reprezintă o genodermatoză rară, transmisă autosomal recesiv cu o incidență de 1 - 4 cazuri la 1 mln. de persoane. Poate fi ca rezultatul mutației unei gene responsabile de producerea enzimei catepsina C situată pe brațul lung al cromozomului 11 (11q14). Debutând între 1 - 4 ani, boala se manifestă printr-o hiperkeratoză palmo-plantară (plăci sau „însule” keratozice) care implică de obicei întreaga suprafață a palmelor și plantelor, net delimitată, rareori cu extindere pe suprafețele dorsale ale mâinilor și picioarelor. Keratodermia se asociază cu patologii dentare (căderea precoce a dentiției de lapte și a celei definitive) și o susceptibilitate marcată la infecții (furunculoză, abcese cutanate, hidrosadenită etc). În cazurile avansate apar modificări ale fanerelor: unghii fine, hipoplazice, fisurate, hipotricoză, alopecie. Tratamentul cu antibiotice, keratolitice, emoliente, protezarea dentară ameliorează starea acestor pacienți.

Se prezintă cazul unui pacient de 8 ani, sex masculin, spitalizat în Dispensarul Dermatovenerologic Republican (Chișinău) pentru keratodermie palmo - plantară Papillon - Lefevre. Istoricul bolii începe de la 2 ani, maladia având o evoluție cronică fără ameliorări evidente. La dermatolog se adresează pentru prima dată. Obiectiv s-a constatat: hiperkeratoză palmo-plantară, bine delimitată, de culoare galben – maronie, cu un halou eritematos periferic, asociată de distrofii dentare (edentație), hipotricoză, hiperhidroză, retard fizic și mental. Antecedente eredocolaterale fără importanță. Investigațiile curente de laborator au fost normale.

Cazul descris este adus în discuție pentru raritate în practică.

5. ATOLys (EMULSIE) ÎN DERMATITA ATOPICĂ

Gh.Mușet, Nina Fiodorov, M.Bețiu

Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Obiectiv. Urmărirea eficienței și siguranței emulsiei ATOLys (LYSASKIN LABORATOIRES) în tratamentul complex al bolnavilor cu dermatită atopică.

Material și metoda. Lotul de studiu a cuprins 58 pacienți cu dermatită atopică (sex masculin – 27, sex feminin – 31) în vârste 5 - 35 ani. Diagnosticul s-a făcut pe baze anamnestice și clinice. Pentru standardizarea diagnosticului a fost utilizat setul de criterii SCORAD. Indicele SCORAD

calculat în baluri a estimat gravitatea maladiei, însumând diseminarea procesului (suprafața afectată), intensitatea manifestărilor cutanate (eritem, edem/papule, zemuire/cruste, excoriații, lichenificare, xeroză) și acuitatea semnelor subiective (prurit și perturbări ale somnului).

Conform punctajului SCORAD pacienții au fost repartizați în 3 loturi: I lot – 20 pacienți cu indici sub 30 (forma ușoară); II lot – 26 pacienți cu indici cuprinși între 30 și 50 (forma moderată); III lot – 12 pacienți cu indici peste 50 (forma gravă). ATOLys a fost indicat de 2 ori în zi ca un adjuvant al terapiei de bază (antihistaminice, hiposensibilizante, dermatocorticoizi, etc.) pe zonele cu xeroză cutanată pronunțată și plăcile de un aspect eritematoscuamos. Durata tratamentului a constituit 7-14 zile, fiind în funcție de gravitatea maladiei. Monitorizarea eficienței terapeutice la ATOLys (emulsie) s-a efectuat săptămânal (la 7 și 14 zi), urmărindu-se dinamicul de scădere a indicelui standardizat SCORAD. Toleranța tratamentului a fost apreciată atât obiectiv, cât și din relatările pacienților.

Rezultate. Media generală SCORAD în loturile de studiu a constituit 44,6: în lotul I – 20,4; în lotul II – 44,6; în lotul III – 68,7. La primul control media generală SCORAD a punctat 34,6 baluri (micșorare de 1,3 ori), la 14 zile – 22,4 (micșorare de 2 ori).

Monitorizarea indicelui SCORAD sub tratament cu ATOLys

Indice SCORAD	I lot (n.20)	II lot (n.26)	III lot (n.12)	SCORAD (media generală)
Inițial	20,4	44,6	68,7	44,6
1 control	10,6	33,8	59,4	34,6
2 control	0	14,5	30,2	22,4

Dispariția xerozei și instalarea remisiunii clinice (efect foarte bun) s-a constatat la 41 (70,7%) pacienți, respectiv pe loturi: I – 20 (100%); II – 18 (69,2%); III – 3 (25%). În 17 (29,3%) cazuri (8 din lotul II și 9 din lotul III), s-a stabilit involuția eritemului cu păstrarea lichenificării discrete în pliurile mari, xeroză moderată pe celelalte zone și prurit sporadic (efect bun).

Examenul obiectiv și relatările pacienților nu au evidențiat reacții adverse sau complicații sub tratamentul local cu ATOLys (emulsie).

Concluzii. Acest studiu susține eficiența și siguranța emulsiei ATOLys în managementul cutanat atopic. Scăderea semnificativă de 2 ori a mediei generale SCORAD în lotul de studiu obiectivează efectele obținute. Sunt de subliniat rezultatele excelente în formele ușoare și moderate de dermatită atopică.

6. BOALA CASTLEMAN - FORMA LOCALIZATĂ, ASOCIATĂ CU VASCULITA URTICARIANĂ

Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu, Alina Elena Ilie, Alice Rusu, Maria Grigore, Ionuț Macavei, Anca Mihaela Mălin, Elisabeta Otilia Benea**.

*Clinica Dermatologică "Scarlat Longhin" București.

**Institutul de Boli Infecțioase "Matei Balș" București

Boala Castleman este o afecțiune foarte rară, caracterizată prin hipertrofia benignă a ganglionilor limfatici. Exista doua forme clinice: forma localizata în care este afectat un singur grup ganglionar, frecvent asimptomatică sau pauci-simptomatică, tratată prin excizie chirurgicală radicală, fără recurență în majoritatea cazurilor și forma multicentrică, caracterizată prin poliadenopatie (mediastin, gat, abdomen etc.), organomegalie (ex: splină, ficat), manifestări sistemice, sindrom POEMS și care are un prognostic mai puțin favorabil decat forma localizată. Etiologia bolii ramâne necunoscuta; studii recente au sugerat implicarea herpesvirusului uman 8 (HHV-8), în special în cazul formelor multicentrice.

Prezentăm cazul unui pacient în vârsta de 60 ani care s-a prezentat la consult pentru o erupție urticariană acută (cu aspect de vasculită urticariană) însoțită de angioedem, apărută în urmă cu două săptămâni. La examenul fizic s-a decelat o formațiune tumorală submandibulară, rotund-ovalară, cu diametrul de aproximativ 8 cm, ferm-elastică, nedureroasă, cu tegumentul supraiacent de aspect normal, care a apărut odată cu urticaria și care a crescut progresiv în dimensiuni. Erupția urticariană a fost tratată sistemic cu antihistaminice și pentoxifilin, evoluția fiind favorabilă; pentru formațiunea tumorală submandibulară pacientul a fost îndrumat către serviciul ORL unde aceasta a fost excizată complet. Examenul histopatologic al formațiunii a pus în evidență o hiperplazie limfoidă angiofoliculară, forma hialin-vasculară, sugerând diagnosticul de boală Castleman. Examinarea computer tomograf nu a pus în evidență alte adenopatii sau organomegalii, astfel încât s-a stabilit diagnosticul de boală Castleman, forma localizată. La 1 an de la intervenția chirurgicală pacientul era asimptomatic și fără recurența tumorii sau alte adenopatii.

7. KERATODERMIA PALMO-PLANTARĂ TIP BRUNAUER-FUCHS – CAZ CLINIC

V.Sturza, Ana Botnarencu

Catedra Dermatovenerologie, USMF,N. Testemițanu”

Keratodermia palmo-plantară tipul Brunauer-Fuchs (*keratodermie în bandă, keratodermie striată*) este o maladie ereditară rară cu transmitere autosomal-dominantă. A fost descrisă de Fuchs în 1924. Simptomatologia este caracteristică: leziunile keratozice cutanate se evidențiază în prima copilărie, având un caracter liniar sau în bandă, amplasate pe fețele

palmelor și a plantelor, care persistă toată viața. Tratamentul nu poate decât să amelioreze leziunile cutanate.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 42 de ani, din mediul rural, spitalizată în Clinica Dermatologică Republicană pentru leziuni palmo-plantare. Debutul afecțiunii a avut loc la vârsta de 5 ani, maladia având o evoluție cronică fără ameliorări semnificative. Examenul clinic obiectiv la internare a evidențiat leziuni liniare keratozice proeminente, dure la palpare, de culoare galben-cenușie, situate pe fața palmară a degetelor în bandă la 1cm lățime și de 7-8 mm grosime. Benzile hiperkeratozice se extind pe suprafața palmelor formând o keratodermie difuză. La nivelul plantelor hiperkeratoza are un caracter striat, iar pe zonele de maximă presiune se amplasează în plăci de tip calos. Pe suprafața leziunilor keratozice de la nivelul palmelor, dar îndeosebi ale plantelor, se observ fisuri dureroase, unele chiar sângerânde.

Antecedentele familiale au evidențiat, că maladia dată se observă la bunică, mamă și sora mamei, dar este absentă la copilul (băiat) pacientei, în vârstă de 19 ani. Din comorbidități pacienta suferă de gastrită și pielonefrită cronică. Rezultatele investigațiilor de rutină s-au situat în limite normale.

Tratamentul inițiat cu vit. A, PP, keratolitice și emoliente topice a generat rezultate semnificative.

Cazul este adus în discuție pentru raritatea acestei maladii.

8. EPIDERMOLIZA BULOASĂ SIMPLĂ WEBER-COCKAYNE – CAZ CLINIC

Nina Fiodorov, V.Sturza, Tatiana Cabac

Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Epidermoliza buloasă simplă (palmo-plantară, estivalis, tardivă) Weber-Cockayne reprezintă o maladie ereditară transmisă autosomal-dominant. Bulele plantare apar în urma unui efort fizic la adulți sau adolescenți. Mai rar sunt afectate palmele. Rezorbția manifestărilor clinice se face prin epitelizare, fără a lăsa cicatrice. Maladia are un caracter sezonier cu agravări în timpul cald. Poate fi asociată cu hiperhidroză și keratodermie palmo-plantară. Starea generala nu este afectată.

Se prezintă cazul unui pacient de 6 ani, sex masculin, spitalizat pentru prima dată cu epidermoliză buloasă simplă. Copilul este bolnav de la 18 luni, când au apărut pentru prima dată erupții la nivelul plantelor. La medic nu s-a adresat. S-a constatat acutizarea procesului cutanat în perioada caldă a anului. Obiectiv s-au evidențiat bule cu conținut transparent la nivelul plantelor, situate pe un fond discret eritematos și hiperhidroză marcată. Maladia dată se constată și la tatăl copilului, care prezintă leziuni similare la nivelul plantelor, cu debut la aceeași vârstă.

Cazul este adus în discuție pentru raritatea acestei maladii.

9. EVALUAREA EFICACITĂȚII DIAGNOSTICE A TESTULUI WESTERN BLOT ÎN SIFILISUL LATENT ȘI REACȚIILE SEROLOGICE FALS POZITIVE

O.Tabuica , Gh.Mușet. M Bețiu

Catedra Dermatovenerologie USMF "N.Testemițanu", Chișinău,

Una din problemele diagnosticului sifilisului latent este diferențierea cu reacțiile serologice fals pozitive pentru sifilis (RSFP). Reacțiile serologice fals pozitive în cadrul testelor non-treponemice (RPR, VDRL) se întâlnesc la 1-2% din populația generală și pot apărea în multe boli infecțioase, maladii autoimune, sarcină, la vârstnici. O metodă performantă de diagnostic în serologia sifilisului este reacția immunoblot (Western blot). Sensibilitatea testului este de 100%, specificitatea cu utilizarea antigenelor recombinante fiind de circa 99,3-99,5%.

Scopul studiului: aprecierea sensibilității și specificității reacției immunoblot în sifilisul latent, determinarea valorii diagnostice în diferențierea cu RSFP.

Materiale și metode: în studiu au fost incluși 91 pacienți cu sifilis latent, 102 pacienți cu RSFP, 80 pacienți cu sifilis manifest și 80 pacienți dermatologici. În studiu au fost aplicate testele diagnostice: RMP (o variantă a VDRL), TPHA, ELISA, WESTERN BLOT.

Rezultatele obținute. Testul immunoblot a manifestat o sensibilitate diagnostică de 100%, fiind pozitiv în toate cazurile de sifilis manifest și sifilis latent, comparativ cu ELISA (98%) și TPHA (96%). Specificitatea reacției Western blot a fost de 99% în comparație cu TPHA (97%) și ELISA (95%). Utilizarea testului immunoblot a permis stabilirea diagnosticului de sifilis latent (5 cazuri) și RSFP (8 cazuri) anume grație performanței sale diagnostice, când testele treponemice (TPHA, ELISA) au prezentat rezultate discrepante la acești pacienți.

Concluzii: reacția immunoblot posedă un înalt potențial ca test de referință și poate fi recomandat în calitate de test suplimentar de confirmare aplicat în situațiile clinice neclare, echivoce influențând decizia finală diagnostică

10. UTILITATEA LAMBOURILOR ÎN RECONSTRUCȚIA DUPĂ EXCIZIA CARCINOAMELOR FEȚEI

Rodica Cosgarea

UMF Cluj

11. TRATAMENTUL DE RECUPERARE POSTPEELING

Dr Adina Martinescu

Dr Radu Pitulea

JULIETTE ARMAND COSMETICS

12. TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNE CUTANATE FACIAL AVANSATE

Victor-Vlad Costan*, Dan Gogalniceanu*, Eugenia Popescu*, Marilena Bădăluță*, Carmen Vicol*, Dan Ferariu**, Dragoș Negru***, Otilia Boișteanu****

*Catedra Chirurgie Maxilo-Facială, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași

**Serviciul Anatomopatologie, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon", Iași

***Disciplina Radiologie, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași

****Disciplina Anesteziologie, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași

Cancerul cutanat facial în stadii avansate este tot mai frecvent în ultimul timp. Tratamentul este complex atât în privința al tumorii primare cât și a metastazelor ganglionare.

Material și metodă

În intervalul 2006 – 2010 în Clinica de Chirurgie OMF au fost operați 9 pacienți cu cancere avansate cu localizări diferite: frontală, nazală, temporală, geniană, maseterină. La 4 dintre pacienți au fost carcinoame bazocelulare, la 4 carcinoame spinocelulare iar într-un caz a fost un carcinom adenoid chistic. În 7 cazuri complexitatea tratamentului a fost dată de tumora primară, fiind folosite pentru reconstrucție lambouri loco-regionale, la distanță ori liber transferate. Într-un caz au existat adenopatii metastatice parotidiene bilaterale de la un carcinom nazal, fiind necesară parotidectomia bilaterală iar într-un caz extirparea adenopatiei metastatice intraparotidiene a fost extinsă la urechea externă și medie. La 6 pacienți au fost efectuate ulterior corecții ale sechelelor postoperatorii: paralizia nervului facial precum și a defectelor tridimensionale locale.

Rezultate

Postoperator rezultatele cosmetice au fost bune dar a fost necesară aplicarea unor intervenții suplimentare legate de paralizia nervului facial (plăcuțe de aur, corecția ectropinului, toxină botulinică) ori a defectelor în volum prin lipostructură.

Concluzii

Complexitatea tratamentului acestor leziuni cutanate indică un screening mai eficient al pacienților cu leziuni cutanate faciale, pe de o parte iar pe de altă parte o urmărire postoperatorie mai eficientă, adenopatia metastatică aparută la distanță în timp fiind adesea mai dificil de tratat decât leziunea propriu-zisă. Este necesară o utilizare cât mai judicioasă a diverselor metode, adaptat fiecărui caz în parte.

13. EPITELIOM SPINOCELULAR GIGANT DEZVOLTAT PE LICHEN SCLEROATROFIC VULVAR NEGLIJAT

Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Oana Andreia Coman, Mădălina Rusu, Anca Irina Agavriloaei, Alina Elena Ilie, Anca Podaru.
Clinica Dermatologică Scarlat Longhin București

Lichenul scleroatropic vulvar este o dermatoză inflamatorie frecventă care afectează femeile după menopauză, dar și tinerele fete, fiind uneori confundată cu leziunile caracteristice unui abuz sexual. Aspectul afecțiunii este tipic, asociind plăci alb-portelanii, uneori cu inel violaceu la periferie, cu atrofia locală. Tabloul histopatologic este caracteristic. Leziunile clinice iau uneori forma cifrei 8, atunci când leziunile afectează atât regiunea perivaginală cât și pe cea perianală. Subiectiv, pruritul este foarte supărător, iar scărpinatul produce iritații și hemoragii ; se asociază și durerea mai ales în timpul actului sexual.

Tratamentul constă în aplicarea locală sau administrarea intralezională de corticoizi potenți sau aplicarea de imunomodulatori locali (tacrolimus, pimecrolimus).

Uneori lichenul scleroatropic vulvar se complică cu apariția unui carcinom spinocelular.

Prezentăm cazul unei paciente de 90 ani, din București, suferind de multiple afecțiuni cardiovasculare care prezenta pe suprafața unor leziuni caracteristice lichenului scleroatropic vulvar, o formațiune tumorală prominentă, fermă, rotundă, cu diametrul de aproximativ 5 cm. Menționăm faptul că pacienta nu se adresase anterior nici unui medic pentru diagnosticarea afecțiunii genitale.

Dupa efectuarea investigațiilor necesare și a examenului histopatologic care a confirmat carcinomul spinocelular, pacienta a fost îndrumată către Institutul de Oncologie Fundeni pentru o conduită terapeutică adecvată.

Particularitatea cazului constă în forma exofitică, gigantă a formațiunii tumorale și în faptul că pacienta, din mediul urban și cu un nivel de pregătire și social peste medie, nu s-a prezentat decât tardiv unui serviciu specializat, reamintindu-ne că educația pentru sănătate și controalele periodice atente nu trebuie sub nici o formă neglijate.

14. ALOPECIE FRONTALĂ FIBROZANTĂ

Vasile Benea*, Simona Roxana Georgescu*, Alina-Elena Ilie*, Alice Rusu*, Ionuț Macavei*, Anca-Mihaela Mălin*, Anca Podaru*, Liana Manolache*, Viorel Pătrașcu*

*Clinica Dermatologică "Scarlat Longhin" București

**Policlinica "Cetatea Histria", București

***Policlinica Pitești

Alopecia frontală fibrozantă este o afecțiune benignă cu evoluție progresivă. Descrisă inițial de Kossard în anul 1994 la femeile aflate la

menopauză, ulterior afecțiunea a fost observată și la femeile în premenopauză, precum și la bărbați. Clinic, apare ca o zonă de alopecie cicatricială dispusă sub formă de bandă la nivelul liniei păroase fronto-temporale, fiind asociată uneori cu alopecie a altor zone (cel mai frecvent sprâncenoasă). Din punct de vedere histologic aspectul este identic cu cel din lichenul folicular. Mecanismul fiziopatologic nu este încă elucidat, iar tratamentul (corticosteroidi, antimalarice, retinoizi, minoxidil, finasteridă etc.) este decepționant.

Prezentăm cazul unei paciente în premenopauză care s-a prezentat pentru o pierdere progresivă a părului de la nivelul regiunii fronto-temporale, precum și de la nivelul sprâncenelor. Alopecia evolua insidios de aproximativ un an. Pacienta a negat alte afecțiuni anterioare ale părului, precum și tulburări ale ciclului menstrual. Examenul clinic a pus în evidență o pierdere a părului dispusă sub formă de bandă în regiunile frontală și temporale, cu linia păroasă situată la 2 cm distanță de nivelul anatomic inițial; de asemenea prezenta o pierdere importantă a părului sprâncenos bilateral. Pielea din zona afectată era palidă și netedă, fără orificii foliculare vizibile. Pacienta nu avea alte leziuni cutanate, mocoase sau ale unghiilor. Examenul de laborator efectuate au fost în limite normale. Examenul histopatologic a evidențiat un infiltrat limfocitar perifolicular (în jurul istmului și al infundibulului foliculului pilos), o vacuolizare focală a celulelor din stratul extern al tecii rădăcinii firului de păr, precum și fibroza lamelară concentrică. S-a instituit un tratament topic cu corticosteroidi de potență medie și retinoizi, după 3 luni observându-se o ameliorare modestă, pacienta rămânând în observație

15. STEATOCYSTOMA MULTIPLEX GENERALIZATA - CAZ CLINIC

G. L. Fekete *, Júlia Edit Fekete**

* UMF Târgu Mureș, Clinica Dermatologie

** Centrul Regional de Sănătate Publică Târgu Mureș

Steatocystoma multiplex este o afecțiune ereditară rară cu incidență reală necunoscută, având o transmitere autosomal dominantă, uneori și cu apariție sporadică debutând la adolescență sau la adultul tânăr. Descrisă de Pringle în 1899. Steatocystoma multiplex se prezintă clinic sub formă de papule și noduli multipli localizați îndeosebi pe toracele anterior și porțiunea proximală a membrilor dar și cu localizare pe față, ceafă, axile, scrot și chiar generalizate. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 27 de ani care prezintă de la vârsta de 8 ani papule și noduli multipli, asimptomatici, de colorație gălbuie sau a pielii normale, localizați inițial pe membre iar pe parcursul timpului apărând și pe alte zone cu tendință de generalizare. Histologic sunt prezente chiste dermale în peretele cărora se evidențiază lobuli ai glandelor sebacee iar conținutul este format dintr-un material cazeos stabilind diagnosticul de steatocystoma multiplex. Tratamentul este dificil, Isotretinoinul după câteva luni, poate duce la rezultate foarte bune.

Rezultate bune se pot obține și prin pulsterapie cu metilprednisolon. Alte terapii ca, excizia în bloc, lipoaspirația sau punctia evacuatoare se rezumă doar la forme localizate. Cuvinte cheie: steatocystom, autosomal dominant, chiste dermale

16. CARACTERISTICI DERMOSCOPICE ÎNTR-UN MELANOM PE LENTIGO MALIGN, METASTATIC SI RAPID PROGRESIV CAZ CLINIC

T. Poalelungi

Spitalul Clinic C.F Constanta- Ambulatoriul de Specialitate

Introducere: Clasic, lentigo malign (LM) poate fi prezent ani de zile înainte ca acesta sa invadeze dermul si astfel sa devina melanom pe lentigo malign (MLM).

Diagnosticarea unui MLM, cu ochiul liber, este imposibil. Ca urmare, o biopsie excizională se efectueaza de obicei pentru a diagnostica MLM.

Metode: Un pacient de sex masculine de 37 ani raportează o leziune maculară asimetrică, de ~2,5 cm la nivel auricular drept, prezentă de aproximativ 2 ani. Multiple imagini dermatoscopice au fost analizate cu ajutorul unui dermatoscop 3Gen DermLite II Multi-spectral.

Au fost observate dermoscopic, orificii foliculare hiperpigmentate marginal , pigmentarea asimetrică a orificiilor foliculare, structuri de regresie, pigmentare punctată, vălul alb-albastru.

Rezultate: S-a pus diagnosticul dermatoscopic de MLM si s-a efectuat excizia leziunii.

Mai multe epitelioame bazocelulare, keratoze actinice pigmentate, lentigo solar, au fost observate coexistând pe fața pacientului.

Concluzii: Dermoscopia este un instrument puternic pentru identificarea precoce a LM si ulterior a MLM. Utilizarea de caracteristici importante, cum ar fi: pigmentarea asimetrică a orificiilor foliculare, structuri romboidale, globule gri-ardezie, și puncte de culoare gri-ardezie, permite diagnosticarea timpurie cu mare precizie a LM.

Caracteristicile dermatoscopice ale feței diferă de criteriile utilizate în alte locații cutanate.

17. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL EBC GIGANTE RECIDIVATE DUPĂ ELECTROCAUTERIZĂRI MULTIPLE

I.Florea, Ionica Vais, Loredana Tănase, Șt.Popescu, C.Mitran, Cristina Niculescu

Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova, România

EBC are o evoluție blândă cu malignitate locală și nu metastazează, din acest motiv medicii dermatologi apelează la metode diferite de tratament în funcție de forma clinică și posibilitățile tehnice. Noi preferăm excizia

chirurgicală, deoarece rezultatele sunt imediate și de calitate atât estetic cât și funcțional. Prezentăm mai multe cazuri cu EBC-uri ulcerate recidivante după electrocauterizări multiple cu diverse localizări. S-a optat pentru metoda chirurgicală cu acoperirea defectelor prin prelevarea și reorientarea de lambou, rezultatele estetice și funcționale fiind foarte bune.

18. MULTIPLE BOTRIOMICOCAME GIGANT LA UN PACIENT CU AFECTIUNI PSIHICE

Claudia Arteni^{*}, Anca Zbranca^{**}, Irina Mihaila^{****}, Camelia Tamas^{***}, Irina Atudorei^{****}

*Dermatovenerologie, Clinica Roderma, Iasi, Romania

**UMF Gr.T.Popa, Iasi, Romania

***Chirurgie plastica, Spitalul de urgente, Iasi, Romania

****Dermatovenerologie, Spital Sf. Spiridon, Iasi, Romania

Botriomicomul (granulomul piogenic) este o tumoră benignă, de origine vasculară, roșiatică, cu tendința la sângerare, localizată pe părțile descoperite ale tegumentului și mucoaselor. În apariția botriomicomului sunt implicați mai mulți factori: traumatismele, infecțiile bacteriene (*Staphylococcus aureus*), influențe hormonale (sarcina, menopauza), medicamente (retinoizi sistemici), malformații arteriovenoase. Un pacient în vârstă de 56 ani, cunoscut cu psihoză depresivă de 8 ani, se prezintă la medicul dermatolog pentru formațiuni voluminoase, diametru variabil 1-2 cm sesile, dureroase, sângerânde, multiple, la degetele de la picioare. Leziunile au debutat în urmă cu 6 luni, fără efectuarea vreunui tratament local. Având în vedere mărimea și numărul leziunilor pacientul a fost direcționat spre secția de chirurgie plastică unde s-a efectuat excizie chirurgicală și examen anatomopatologic (țesut de granulație constituit din numeroase capilare și infiltrat inflamator constituit din limfocite, plasmocite și macrofage). Botriomicomul este o afecțiune foarte frecventă în practică. Este o hiperplazie vasculară apărută de obicei după un traumatism. Tratamentul consta în excizie chirurgicală cu control histopatologic, diagnosticul diferențial fiind în principal cu melanomul acromic.

19. SEMNE CLINICE DERMATOLOGICE ASOCIATE INTOXICAȚIEI CU PEȘTE SCOMBROID – INTOXICAȚIE FRECVENTĂ DAR SUBDIAGNOSTICATĂ

Otilia Voroniuc

Disciplina de Igienă și Sănătatea Mediului, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași

Sindromul scombroid, cunoscut și ca intoxicație histaminică cu pește, este considerat cea mai frecventă formă de intoxicație cu pește și a devenit în ultimii ani, în unele țări una din bolile majore generate prin consum de

alimente modificate chimic, raportate. Peștii mai frecvent implicați în acest tip de intoxicație histaminică sunt din familiile Scombroidae (ex: ton, macrou etc), uneori și din alte familii, ca în cazul sardinelor. Mult mai rar apare la consum de brânză. Se consideră că histamina se formează în alimente sub acțiunea unor bacterii ce decarboxilează histidina. Refrigerarea și manipularea necorespunzătoare a peștilor poate duce la transformare sub acțiunea bacteriilor. Obișnuit diagnosticul se pune pe baza tabloului clinic și a evoluției. Rush –ul este unul din cele mai frecvente semne, aspectul de urticarie se aseamănă cu eritemul solar delimitat la nivelul trunchiului, brațelor și feței. Detresa respiratorie și hipotensiunea au fost citate de asemenea în cazurile grave. Literatura în domeniu evidențiază inconstanța, variabilitatea și lipsa de specificitate a tabloului clinic și astfel posibilele erori de diagnostic și tratament. Determinarea nivelului histaminei plasmatice nu este curentă în laboratorul clinic iar concentrația histaminei urinare poate fi fals crescută. Acentuăm asupra necesității diagnosticării și raportării cazurilor colective cu acest tip de intoxicație. Cuvinte cheie: intoxicație alimentară histaminică, diagnostic, declarare

20. PREZENTARE DE CAZ

Ionica Vais,* I.Florea*, Loredana Tănase*, C.Mitran*, Claudia Georgescu**

*Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova

**Laboratorul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic nr.1 Craiova,

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 90 de ani, tarată, provenită din mediul rural ce prezintă la nivelul versantului stâng al piramidei nazale o formațiune tumorală gigantă penetrantă în vestibulul nazal unde lasă să se observe un orificiu de 3 mm, cu margini boselate, suprafață ulcerată acoperită de cruste hemato-milicerice, având o evoluție îndelungată pe care pacienta nu o poate preciza cu exactitate. Pacienta afirmă că formațiunea tumorală a sângerat și a crescut în dimensiuni, în urmă cu o lună după un traumatism accidental. Pentru stabilirea diagnosticului s-a prelevat material biptic sub anestezie locală cu xilină, piesa operatorie a fost trimisă la examen histopatologic. Dată fiind vârsta înaintată și patologia asociată nu s-a intervenit chirurgical. S-a inițiat terapie medicamentoasă, evoluția pacientei fiind favorabilă (după 6 luni de tratament tumora a involuat).

21. AFECTAREA UNGHIALĂ ÎN PSORIAZIS – ASPECTE CLINICO – EVOLUTIVE ȘI TERAPEUTICE

Cristina Otilia Țeighiu, Alina Maria Vilcea, Irina Stoicescu
Clinica Dermatologie, UMF Craiova

Spre deosebire de psoriazisul cutanat clasic, psoriazisul unghial este o entitate slab studiată, deoarece frecvent nu este diagnosticat corect sau

diagnosticul este întârziat, putând mima numeroase alte afecțiuni. Lucrearea își propune o trecere în revistă a modificărilor unghiale întâlnite în psoriazis, a problemelor de diagnostic și tratament, făcând referire la literatura de specialitate. Dintre manifestările clinice ale psoriazisului unghial, hiperkeratoza subunghială se asociază mai des cu artrita psoriazică. Aproximativ 70%-80% din pacienții cu artrită psoriazică prezintă modificări unghiale, uneori invalidante și cu implicații funcționale importante, justificând interesul cercetătorilor și pacienților pentru noile terapii biologice în tratamentul acestei afecțiuni. În acest context, prezentăm cazul unui pacient cu psoriazis artropatic tratat cu Infliximab (Remicade) la care după aproximativ 3 luni de tratament, s-a observat o ameliorare semnificativă a modificărilor unghiale. În concluzie, în tratamentul psoriazisului unghial izolat, de primă linie rămân corticosteroizii intralezionali, iar pentru cazurile cu onicopatie psoriazică severă cei mai promițători sunt agenții biologici noi, precum Infliximab.

22. TERAPIA BIOLOGICĂ ÎN PSORIAZISUL VULGAR FORME MEDII ȘI SEVERE

Ionica Vais, I.Florea, Loredana Tănase, Șt.Popescu, C.Mitran, Cristina Niculescu
Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova

Psoriazisul vulgar este o afecțiune cronică, ce evoluează în pusee succesive, de origine probabil genetică, manifestată clinic prin eriteme cutanate dispuse în plăci sau placarde cu mărimi și configurații diferite, acoperite de scuame albe sidefii, ușor detașabile, dispuse în straturi suprapuse, ce evoluează toată viața, vindecarea definitivă neputând fi niciodată garantată. În octombrie 2008 Casa Națională de Sănătate și Ministerul Sănătății au demarat un Program Național de terapie biologică gratuit de care beneficiază în prezent 400 de pacienți cu forme severe de psoriazis și neresponsivi la formele clasice de tratament. (Neotigason, Metotrexat, Ciclosporină). Terapia biologică reprezintă un vârf al tehnologiei și ceretării medicale având la bază studii clinice efectuate pe mii de pacienți, medicul dermatolog fiind cel care va stabili indicația pentru o astfel de terapie. Tratamentul constă în injectarea substanțelor cu o frecvență variabilă (de 2 ori pe săptămână până la o dată la 2 luni), administrarea putându-se face la domiciliu sau în centre specializate. Este foarte important ca medicul curant să pună în balanță beneficiile (obținerea unor perioade lungi de remisiune) și dezavantajele (toxicitate hepatică, renală, inhibarea sistemului imun cu dezvoltarea de cancere) ținând cont în același timp și de contraindicații.

ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE

ANTIBIOTICE IAȘI

SERVIER

ACTUALITĂȚI ÎN BOALA VENOASĂ CRONICĂ ÎN ROMÂNIA – VEIN CONSULT PROGRAM 2009

Dr. Sorin Baila – Institutul de Boli Cardiovasculare „C. C. Iliescu”, Bucuresti

BOALA VENOASĂ CRONICĂ - O PATOLOGIE EVOLUTIVĂ? DETRALEX – UNICUL FLEBOTROPIC CE STOPEAZĂ EVOLUȚIA BOLII VENOASE CRONICE -

Conf. Dr. Daciana Brănișteanu

Boala Venoză Cronică (BVC) este o patologie foarte frecventă.

Caracteristicile clinice, tratamentul și prognosticul pacienților cu BVC s-au schimbat semnificativ de-a lungul timpului.

Ghidurile recente internaționale atrag atenția asupra faptului că simptomele din Boala Venoză Cronică sunt primele semne de alarmă ale unei boli venoză progresive. (1,2). Acest lucru este cu atât mai important cu cât vorbim despre o patologie cronică prin definiție, prin urmare o patologie care progresează de-a lungul vieții pacientului, de la simptome incipiente (de debut) până la apariția complicațiilor.

Iată de ce una din recomandările făcute de aceste ghiduri este aceea de a diagnostica boala cât mai precoce cu putință, diagnosticul precoce fiind considerat un punct deosebit de important în managementul eficient al Bolii Venoză Cronice.

Până în anul 2004, în România nu existau date despre prevalența IVC (Insuficiența Venoză Cronică) la nivel național. Acesta este motivul care a determinat inițiativa Companiei SERVIER PHARMA România de a organiza primul studiu epidemiologic la nivel național în patologia venoză: **SEPIA (Studiu Epidemiologic asupra Prevalenței Insuficienței Venoză Cronice din România în Ambulator)**.

SEPIA este un studiu multicentric, desfășurat în perioada mai – iunie 2004, după metoda transversală, în 7 orașe din România, în care au fost organizate 10 centre de recrutare a pacienților. În studiu au fost implicați 100 de medici specialiști de Medicină de Familie și 23 de medici specialiști (Dermatologie, Chirurgie și Medicină Internă).

Boala Venoză Cronică este o patologie foarte frecventă, conform ultimelor date obținute în anul 2009 în studiul VEIN CONSULT, 45% din

populația adultă din Romania se află într-un stadiu de Boală Venoză Cronică, iar 6 din 10 pacienți se află deja în stadiile avansate ale acestei patologii în momentul diagnosticului.(3)

Ca urmare a desfășurării în ultimii ani a numeroase cursuri adresate medicilor cu privire la patologia venoză s-a constatat o creștere a atenției acordate diagnosticării active a acestei patologii, dar și tratării ei. Aceste afirmații sunt probate de compararea rezultatelor studiilor în ceea ce privește prevalența Bolii Venoză Cronice:

- 32% în 2004 (Studiul SEPIA)
- 45% în 2009 (Studiul VEIN CONSULT),

diferență ce provine în principal din creșterea diagnosticării stadiilor incipiente;

- 39% procentajul de pacienți tratați în Studiul SEPIA versus
- 45% procentajul de pacienți tratați în VEIN CONSULT în 2009.

Din păcate procentul de pacienți care se adresează medicului din proprie inițiativă pentru acuze legate de Boala Venoză Cronică a rămas aproape nemodificat:

- 9% în 2004 (Studiul SEPIA) versus
- 10% în 2009 (Studiul VEIN CONSULT).

Detralex – unicul flebotropic ce stopează evoluția Bolii Venoză Cronice este cuprins în recomandările Ghidului UIF 2008. Detralex acționează exact pe mecanismul fiziopatologic din Boala Venoză Cronică, inhibând interacțiunea leucocite – endotelium (proces care stă la baza dezvoltării Bolii Venoză Cronice).

Incepând tratamentul cu Detralex încă din stadiile incipiente ale bolii (C0s), progresia BVC – afectare valvulară, reflux venos, vene varicoase, edem, tulburări trofice poate fi influențată pentru că Detralex este singurul flebotropic cu dovezi de eficacitate în toate stadiile BVC – de la C0s la C6: ameliorează simptomele, reduce rapid edemul venos, favorizează închiderea ulcerului venos, induce chiar regresia BVC.

GLAXOSMITHKLEINE

MANAGEMENTUL INFECȚIILOR CUTANATE SUPERFICIALE ȘI A INFECȚIILOR HERPETICE

Prof. Dr. Anca Zbranca

Abstract: Infecțiile cutanate superficiale, de tipul impetigo, pot fi tratate cu antibiotice locale, prin aplicații cutanate, sau cu antibiotice orale, pe cale sistemică. Având în vedere că antibioticele orale au reacții adverse mai puternice sau că dezvoltă relativ repede rezistență bacteriană, este de dorit ca tratamentul acestui tip de infecții bacteriene să se facă cu antibiotice topice. O opțiune terapeutică actuală este reprezentată de produsul Altargo (retapamulin), prima terapie topică dintr-o nouă clasă de antibiotice pentru tratamentul infecțiilor cutanate superficiale. Descoperirea retapamulinului reprezintă un progres major în tratarea infecțiilor cutanate superficiale, prin durata scurtă de tratament, prin cele două prize pe zi și prin eficacitatea clar demonstrată atât in vitro cât și in vivo.

Infecțiile herpetice - Se estimează că între 60% și 95% din populația totală a lumii este infectată cu unul sau mai multe virusuri aparținând familiei Herpesviridae. Cele mai frecvente afecțiuni produse de virusurile herpetice sunt herpesul labial, herpesul genital (ambele produse de virusurile Herpes simplex), varicela și herpesul zoster (produse de virusul Varicello-Zosterian). Standardul terapiei antiherpetice este reprezentat de aciclovir, un antiviral eficient în reducerea duratei și a durerii asociate infecțiilor herpetice. Valtrex (valaciclovir), metabolitul L-valină al aciclovirului, completează beneficiile aciclovirului prin simplitate și eficiență, cu un profil de siguranță similar aciclovirului.

TRATAMENTUL TOPIC ÎN ACNEE. OPTIMIZAREA COMPLIANȚEI PACIENȚILOR

Conf dr. Daciana Brănișteanu

Abstract: Acneea este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale pielii, afectând aproximativ 95% din populație într-un anumit moment al existenței, fără a ține cont de vârstă, sex, culoarea pielii sau de etnie. Este o boală autolimitantă, multifactorială, caracterizată prin inflamația unității pilosebacee, cu apariția leziunilor acneice (comedoane închise sau deschise, papulopustule, noduli sau chiste), care pot evolua spre cicatrici atroifice sau hipertrofice. Deși tratamentul acneei beneficiază de o gamă variată de resurse farmacologice, topice sau sistemice, în 10-15% din cazuri terapia antiacneică eșuează. Principala cauză a eșecului terapeutic este complianța redusă a pacienților. Alegerea unui tratament antiacneic topic, oferirea de explicații și instrucțiuni clare despre boală și tratament (durată, reacții adverse), construirea unei relații medic-pacient bazată pe încredere reciprocă, reprezintă doar câteva modalități de a îmbunătăți complianța pacienților la tratament, asigurând astfel succesul terapiei antiacneice.

BEIRSDORF

BEIERSDORF-125 DE ANI DE INOVATII SI CERCETARE EUCERIN

Dr. Luminita Constantin - marketing manager

PROTECTIE SOLARA TRIDIMENSIONALA PENTRU PIELEA USCATA

Conf. Dr. Tatiana Țăranu



Protecție solară tridimensională pentru pielea uscată.
Componente inedite de la Eucerin într-o combinație multipotentă:
Licochalcone A și glucoglicerol oferă protecție complexă și hidratare simultană.

Protecția solară și îngrijirea cotidiană a pacientului cu pielea uscată constituie azi o prioritate.

Stresul oxidativ și inflamația formează un cerc vicios, radiațiile UV contribuie deseori la agravarea simptomelor pacienților.

Inflamația acută și cronică a pielii sunt simptome clinice caracteristice dar și factori agravanți pentru una din cele mai frecvente afecțiuni cutanate la nivel mondial-dermatita atopică.

Centrul de Cercetare Eucerin propune pentru pacienții dvs. o protecție solară tridimensională, prin lansarea unui produs de protecție solară destinat exclusiv pacienților cu pielea uscată din diverse afecțiuni (dermatită atopică, diabet zaharat).

LOȚIUNEA pentru PROTECȚIE SOLARĂ FPS 50+ conține pe lângă filtrele UVA/ UVB obișnuite, și un un filtru biologic inedit: *Licochalcone A*. Acesta este un extras natural dintr-o plantă care și-a dezvoltat propriul mecanism de protecție pentru a rezista unor condiții de mediu neprielnice (deșert). În afară de fotoprotecție, produsul oferă hidratare intensă datorită *glucoglicerolului* - ingredient care activează sistemul de hidratare propriu pielii, prin stimularea apariției de aquaporine. Aquaporinele sunt canale de apă intracelulare care facilitează transferul apei în și din celule, descoperirea lor fiind premiată cu Nobel în 2003.

Aceleași ingredient activ multipotent -*Licochalcone A* îl găsim în CREMĂ și LOȚIUNEA CALMANTĂ cu 12% OMEGA recomandate pentru îngrijirea cotidiană a pacientului cu dermatita atopică. Împreună cu *acizii grași omega* și alte elemente contribuie la inhibarea mediatorilor inflamatori, calmarea iritației, stabilizarea barierei funcționale a pielii și oferă protecție pielii uscate pe timp îndelungat.

JANSSEN-CILAG

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL PSORIAZISULUI USTEKINUMAB (STELARA)

Conf. Dr. Laura Solovastru- moderator

Asist univ.dr. Dan Vâță

Psoriazisul este o boală sistemică, cronică și inflamatorie caracterizată prin plăci scuamoase ale pielii și unghiilor, comorbidități debilitante și probleme psihice cum sunt anxietatea și depresia. Aproximativ 2-3% din populația europeană are psoriazis, iar 20–30% dintre acești pacienți prezintă o formă severă de boală. Psoriazisul a fost legat de un număr de comorbidități incluzând obezitatea³, bolile cardiovasculare și hipertensiune arterială, limfom și diabet de tip II. Psoriazisul poate avea un impact negativ asupra stării generale, psihicului și starea emoțională a pacienților, manifestările bolii putând duce la frustrare, supărare, neputință și o proastă imagine de sine. Impactul bolii asupra psihicului pacienților a fost raportat ca fiind comparabil cu impactul pe care îl au boli cronice cum sunt cele cardiace, diabetul, hipertensiunea arterială și cancer. USTEKINUMAB, primul dintr-o nouă clasă de medicamente biologice utilizate în tratamentul psoriazisului în plăci în formele moderate până la formele severe de boală, poate oferi beneficii ce pot schimba viața pacientului incluzând: Eficacitate înalta (răspuns PASI 75) care este realizată și menținută pentru majoritatea pacienților. Beneficiile sunt observate după prima administrare, în 2-4 săptămâni. Efectul complet este realizat până în săptămânile 24-28, după doar 3 administrări. Eficacitatea la pacienții care au răspuns la tratament este susținută pe termen lung cu doar 4 doze pe an (administrare o dată la 12 săptămâni, în injecție subcutanată). Eficacitate superioară față de cea mai frecvent utilizată terapie anti-TNF (etanercept) demonstrată la 12 săptămâni. Avantajul utilizării a doar 4 doze de întreținere pe an fără a fi nevoie de analize de laborator de rutină necesare în de tratamentele sistemice tradiționale. Îmbunătățiri semnificative ale calității vieții care pot apărea chiar și în două săptămâni de la prima administrare. Îmbunătățirea semnificativă a vieții sociale și a aspectelor legate de locul de muncă și profesia pacienților, o mai bună bunăstare psihică incluzând ameliorarea stărilor de anxietate și a depresiei. A demonstrat un potențial în tratamentul artritei psoriazice, studiile clinice sunt în curs de desfasurare. USTEKINUMAB este un tratament bine tolerat: nu este asociat cu probleme de siguranță a tratamentului majore. Siguranța și tolerabilitatea similară tratamentului placebo în primele 12 săptămâni. Profilul de siguranță similar cu etanercept, dar cu mai puține reacții la locul de injectare. În studiile clinice, pacienții cu tuberculoză latentă care au fost în mod curent tratați cu isoniazidă nu au dezvoltat tuberculoza.

AVENE

CICALFATE

SOLUTIA RAPIDA SI COMPLEXA IN ACCELERAREA PROCESULUI DE VINDECARE A LEZIUNILOR

În cazul apariției unor leziuni pielea are capacitatea unică de regenerare și refacere. În acest proces, pot apare disfuncții: infecții, cicatrici cheloide, cicatrici hipertrofice, cicatrici retractile,etc.

În procesul de vindecare este necesară evitarea proliferării bacteriilor, protejarea fizică a leziunii, activarea procesului de vindecare și calmarea iritațiilor.

Cicalfate, reprezintă o soluție rapidă și globală! Poate fi utilizată concomitent cu un tratament medicamentos!

Cu un conținut mare de apă termală Avene,45%, Cicalfate are efect calmant, anti-iritant, anti-inflamator, antibacterian. Efectul antibacterian este datorat unui complex de trei ingrediente active : sulfat de cupru 0.2% , sulfat de zinc 0.1%, oxid de zinc 0.1% .

Cicalfate previne infecțiile (având acțiuni bactericidă, bacteriostatică și fungistatică), protejează epiderma afectată, reduce intensitatea eritemului și mărește viteza și calitatea procesului de vindecare, favorizează regenerarea pielii, protejează din punct de vedere fizic leziunile, limitează proliferarea bacteriilor.

Pielea tratată devine catifelată și sănătoasă iar vindecarea leziunilor este vizibil mai estetică.

ABBOTT

HUMIRA – CONTROL COMPLET IN PSORIAZIS

MODERATOR: Prof. dr. Virgil Feier

SPEAKERI: Prof. dr. Călin Giurcăneanu

Conf. dr. Laura Gheucă-Solovăstru

Simpozionul își propune să aducă atenției auditoriului ultimele ghiduri europene de tratament în psoriazis, care propun ca și conduita terapeutică în psoriazis ridicarea așteptărilor legate de eficiență și de îmbunătățirea calității vieții în legătură cu folosirea terapierilor sistemice în psoriazis.

La baza acestor ghiduri a stat nevoia de alegere a tratamentelor pentru psoriazis bazate pe dovezi de eficacitate crescută disponibile prin date din studii clinice sau registre de tratament.

Astfel, răspunsul PASI 75 a fost considerat un răspuns realist în ceea ce privește eficiența unei terapii folosite în psoriazis. (evaluat între 10-16 săptămâni și din 8 în 8 săptămâni după începere). De asemenea, scorul DLQI de 0 sau 1 a fost propus ca și obiective ale tratamentului folosit în psoriazis.

Eficiența minimă a unui tratament în psoriazis este considerată în contextul răspuns PASI 50 și scădere DLQI cu cel puțin 5 unități.

De asemenea, noile ghiduri încearcă să particularizeze modul de folosire a terapierilor biologice în strânsă relație cu nevoile clinicianului.

Partea a doua a simpozionului aduce dovezi care se înscriu în obiectivele de eficiență propuse de noile ghiduri în psoriazis prin prezentarea profilului de eficiență și siguranță susținută a adalimumab (Humira) în tratamentul psoriazisului moderat și sever.

Astfel, prin menținerea eficacității timp de 2 ani (83 % PASI 75 responderi, după 2 ani terapie continua cu Adalimumab) și îmbunătățirea semnificativă a scorului DLQI (33% pacienți cu DLQI=0, încă din săptămâna 16), rezultate publicate în studiul Reveal, Adalimumab furnizează control complet în psoriazis, setând noi standarde în ridicarea așteptărilor privind eficacitatea susținută în tratamentul psoriazisului moderat și sever.

Concluzii: Adalimumab este eficace și sigur în tratamentul pe termen lung al psoriazisului moderat și sever.

MERCK, SHARP & DOHME

TRIDERM - O COMBINAȚIE UNICĂ ȘI IMBATABILĂ ÎN TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR DERMATOLOGICE SUPRAINFECTATE FUNGIC ȘI BACTERIAN

Conf.dr. Laura Gheucă Solovăstru

Maladiile cutanate au de cele mai multe ori o etiologie mixtă și prin această diagnosticul lor corect constituie o încercare dificilă. Cel mai frecvent astfel de cazuri sunt întâlnite de către medicii practicieni în condițiile în care decizia diagnostică și terapeutică este urgentată atât de nerăbdarea pacienților cât mai ales de riscul agravării leziunilor în urma unui tratament nespecific, provizoriu. În acest context, medicii au în Triderm un instrument total, puternic și eficient.

Fiind o combinație unicat de beclometazona dipropionat, clotrimazol și gentamicina sulfat, Triderm îmbina armonios eficiența, potența și siguranța oferite de componentele sale, aceste calități oferind multiple beneficii terapeutice care ne fac să considerăm că preparatul dispune de un trident ofensiv puternic- antiinflamator, antimicotic și antibiotic, de mare eficiență terapeutică în afecțiunile dermatologice

MERCK, SHARP & DOHME

AERIUS - TRATAMENTUL DE PRIMA INTENȚIE ÎN BOLILE ALERGICE

Prof dr. Călin Giurcăneanu

AERIUS® aparține ultimei generații de medicamente împotriva bolilor alergice, având puternice efecte antialergice, antihistaminice și antiinflamatorii, oferind prin aceasta pacienților cea mai importantă ameliorare posibilă a simptomelor alergice cronice, inclusiv scăderea congestiei nazale.

Faptul că boala alergică este privită ca o reacție sistemică a condus la reevaluarea tratamentului său. În sprijinul concepției conform căreia alergია este o boală sistemică cu simptome localizate, vin observațiile epidemiologice referitoare la apariția mai multor afecțiuni alergice la același pacient. În plus, practicienii au observat că tratamentul uneia dintre aceste stări o ameliorează deseori și pe cea asociată.

Spre deosebire de agenții care tratează doar simptomele locale ale bolii alergice, AERIUS® inhibă cascada alergică la mai multe nivele.

Datorită acestei activități antialergice puternice, AERIUS® este un agent terapeutic antialergic.

AERIUS® reprezintă un veritabil salt înainte în tratamentul bolii alergice, deoarece el blochează mulți dintre mediatorii ce induc simptomatologia afecțiunilor alergice cum ar fi astmul alergic, sinuzita, disfuncția trompei lui Eustachio, otita medie seroasă, conjunctivita alergică, cefaleea alergică și urticaria acută și cronică. Datorită legăturilor dintre aceste afecțiuni și natura sistemică a aparatului imunitar, fiecare dintre aceste boli poate fi ameliorată prin tratarea cu AERIUS®.

MERCK, SHARP & DOHME

PSORIAZISUL DIN PERSPECTIVA MEDICULUI ȘI A PACIENTULUI

Conf. dr. Tatiana Țăranu,

Conf. dr. Daciana Elena Brănișteanu

1. Rolul terapiei anti TNF alfa în psoriazis

(Conf. Dr. Brănișteanu)

Remicade (Infliximab) determina o îmbunătățire rapidă , menținută în timp la nivel cutanat cât și la nivel unghial.

8 din 10 pacienți au obținut PASI 75 încă din săptămâna 10 de tratament cu infliximab, numai 6 perfuzii/an asigură curățarea completă la nivel cutanat cât și la nivel unghial.

2. Siguranța terapiei biologice din perspectiva medicului și a pacientului

(Conf. Dr. Taranu)

Evaluarea generală a tratamentului cu Remicade (Infliximab) este clar definită și arată un raport favorabil beneficiu-risc menținut în timp.

Parametrii cheie pentru siguranța utilizării terapiei anti TNF – alpha :

- Screening
- Monitorizare corectă a pacienților
- Informarea și educarea pacienților referitoare la posibilitatea apariției reacțiilor adverse

Profilul beneficiu-risc infliximab continuă să fie favorabil atunci când este administrat pacienților eligibili

Remicade având peste 16 ani de experiența clinică, peste 1 milion de pacienți tratați în întreaga lume a demonstrat că reda calitatea vieții pacienților cu PSO.

NEPENTES

**IWOSTIN SOLECRIN – INOVAȚIE ÎN FOTOPROTECȚIE
EMOLIUM – PROGRAM DE ÎNGRIJIRE COMPLEX PENTRU PIELE
USCATĂ, IRITATĂ ȘI ATOPICĂ**

Conf.dr. Laura Gheucă Solovăstru, Asist univ. dr. Laura Stătescu

Compania Nepentes România va susține în cadrul evenimentului doua prezentări: gama dermocosmetica pentru protecție solară UVB și UVA Iwostin Solecrin și nouă gama din portofoliul Nepentes, gama de emoliente Emolium, destinată îngrijirii complexe a pielii uscate, atopice.

Iwostin Solecrin asigură protecție solară eficientă împotriva radiațiilor UVB și UVA, atât din interior, atât din exterior, protejând celulele împotriva deteriorării, datorită filtrului imunologic inovator Antileukine 6[®], cât și din exterior, grație sistemului de filtre minerale și chimice. Vom detalia acțiunea testată a filtrului imunologic Antileukine 6[®], care protejează împotriva modificării ADN-ului și fotoimbatranirii pielii.

Gama de produse emoliente Emolium a fost elaborată în colaborare cu medici dermatologi și pediatri, considerând toate cele patru criterii pe care trebuie să le întrunească produsele emoliente moderne: refacerea filmului hidrolipidic al pielii, reducerea pierderii transepidermice de apă, suplimentarea deficitului de lipide intercelulare și diminuarea pruritului. Produsele Emolium au primit avizul pozitiv pentru utilizarea în îngrijirea pielii uscate, atopice la copiii și nou-născuții cu vârsta peste 1 lună.

EWOPHARMA

VISTABEL- UTILIZĂRI ÎN MEDICINĂ ESTETICĂ

Dr. Mihaela Leventer, Dermastyle, Bucuresti

Utilizarea toxinei botulinice în medicină începe în anul 1979 odată cu aprobarea folosirii ei în tratamentul strabismului.

În medicină estetică a fost introdusă de către Jean Carruthers în anul 1979, odată cu observarea efectului de relaxare a mușchilor glabelei la injectările pentru tratarea blefarospasmului.

În anul 2002 toxina botulinică a fost oficial aprobată de către FDA pentru tratarea ridurilor glabelare.

Utilizările sale exced însă cu mult aceste afecțiuni, toxina botulinică fiind în prezent folosită în afecțiuni neurologice, oftalmologice, urogenitale, gastroenterologice și, nu în ultimul rând, estetice.

Vistabel este o neurotoxina de tip A aprobată strict pentru indicații estetice. Prezentarea va puncta cele mai uzuale indicații și tehnici de injectare, precum și particularitățile produsului raportate la alte branduri existente pe piață.

CD Beauty Sistem

TRATAMENTE COMPLEXE ÎN MEDICINĂ ANTI-AGING (CURS EMC)

Dr. Cătălin Enăchescu

PEELING-urile CHIMICE ÎN MEDICINĂ ESTETICĂ

1. Generalități
2. Contraindicații
3. Reacții adverse
4. Peeling-uri simple: a. glicolic, a. mandelic, a. lactic, a. salicilic, TCA
5. Peeling-uri combinate

SECRETE ALE MEZOTERAPIEI

1. Mezoterapie- definiție, evoluție
2. Farmacologie
3. Substanțele folosite în cadrul mezoterapiei
4. Obiectivele mezoterapiei în estetică
5. Tehnici de injectare
6. Timpi de lucru
7. Secrete pentru satisfacția pacientului
8. Necesarul în mezoterapie
9. Contraindicații
10. Reacții adverse
11. Avertizări și recomandări
12. Celulită
13. Avantajele mezoterapiei comparativ cu liposucția
14. Laxitatea cutanată
15. Vergeturile
16. Alopecie
17. Scleroterapie

TRATAMENTE CU FILLER- ACID HIALURONIC

TOXINA BOTULINICĂ ÎN MEDICINĂ ANTI-AGING

1. Tipuri de toxina botulinică- proprietăți fizice
2. Controverse și considerații legate de toxina botulinică
3. Mecanisme de acțiune -acțiunea toxinei botulinice la nivelul joncțiunii neuromusculare
4. Durata efectului toxinei
5. Indicații generale ale tratamentului cu toxina botulinică
6. Implementări clinice-recomandari
7. Necesarul unui tratament cu toxina botulinică
8. Proceduri de diagnosticare
9. Reconstituire- diluții-pastrare toxina botulinică
10. Reacții adverse
11. Contraindicații și precauții
12. Tratamentul hiperhidrozei axilare și palmare
13. Tratamentul migrenelor
14. Tratamentul ridurilor glabulare

CURS EMC DERMATOLOGIE PEDIATRICĂ

1. PARTICULARITATI MORFOFUNCTIONALE ALE PIELII LA COPIL - IMPLICATII TERAPEUTICE

Conf.dr. Tatiana Țăranu

Introducere

Pielea copilului sănătos este adesea considerată status-ul ideal de piele la care aspiră adulții, fiind netedă, moale, delicată.

Structura pielii la nivel organic continuă să se dezvolte după naștere și, în jurul vârstei de 3 ani, dobândește calitățile pielii adultului.

Cea mai importantă funcție a organului cutanat este cea de barieră protectoare față de injuriile ambientale. Ea se corelează cu integritatea morfofuncțională a stratului cornos epidermic. Eficiența barierei epidermice mature semnifică în principal prevenirea deshidratării prin pierderile de apă, prevenirea absorbției substanțelor nocive din mediu și prevenirea infecțiilor sistemice consecutive invaziei microorganismelor de la suprafața pielii.

Diferențele funcționale dintre pielea copilului și cea a adultului sunt atribuite în mare parte diferențelor calitative și cantitative microstructurale.

Caracteristici microstructurale și consecințe funcționale

Metode moderne noninvazive de studiu in vivo precum CLSM (confocal laser scanning microscopy) și FS (fluorescent spectroscopy) au evidențiat diferențe semnificative la nivelul pielii copilului față de pielea adultului privind microrelieful cutanat (rețea de șanțuri mai densă), arhitectura pielii (strat cornos și epiderm suprapapilar mai subțire, corneocite și keratinocite ale stratului granulos mai mici, fibre de colagen și elastice mai subțiri, dimensiunea ariei proiectate a papilelor dermice cu distribuție omogenă și raport 1:1 între structurile insulare intrarelief de la suprafața cutanată și papilele dermului subjacent).

Consecințele funcționale ale acestor particularități microstructurale constau în principal în gradul de hidratare a stratului cornos – mai mare la copil, o rată mai mare de pierdere transepidermică de apă, o absorbție mai mare, dar și o pierdere excesivă mai rapidă de apă.

Caracteristici biochimice și consecințe funcționale

Conținutul în acizi liberi al stratului cornos este semnificativ mai scăzut la copil comparativ cu adultul. Pielea copiilor este mai xerotică decât a adulților. Cantitatea de sebum este și ea semnificativ mai mică, activitatea

sebacee crescând spre sfârșitul copilăriei, înaintea altor semne de pubertate și înregistrând modificări dramatice la 8-9 ani la ambele sexe prin creșterea androgenilor adrenali.

Aspectul pielii, părului, unghiilor unui copil constituie un indicator și al influenței factorilor nocivi ambientali: toxice aeropurtate (răspunzătoare de reacțiile de sensibilizare și creșterea incidenței dermatitei atopice în țările industrializate), radiații solare, aditivi alimentari și dietele exclusiviste, ingrediente toxice și medicamente topice.

Implicații terapeutice

Permeabilitatea crescută a pielii copilului, mai ales la nou-născut și prematur este utilă în administrarea percutanată a medicamentelor, dar impune precauții în utilizarea topicelor precum antisepticele (hexaclorofen, acid boric, clorhexidina), preparatele alcoolizate și iodate, benzoatul de benzil, corticosteroizii. De asemenea, se impune atenție în utilizarea detergenților, săpunurilor și a substanțelor sterilizante pentru îmbrăcăminte.

2. **ASTELLAS**

MANAGEMENTUL OPTIM AL DERMATITEI ATOPICE

Dr. Rozalia Olsavszky, Dr. Mihaela Leventer

Dermatita atopică (D.A.) este o afecțiune cu etiologie complexă, rezultată din interacțiunea factorilor genetici cu factorii de mediu, la intersecția cărora se află bariera cutanată. Severitatea afecțiunii se corelează cu disfuncția barierei cutanate. Important este de avut în vedere faptul că modificările barierei cutanate se găsesc atât la nivelul leziunilor cât și la nivelul tegumentului integru.

Scopul managementului DA, conform European Task Force on Atopic Dermatitis este controlul acutizărilor pe termen scurt, iar pe termen lung: prevenirea recăderilor și evitarea reacțiilor adverse.

Emolientele au un rol deosebit în menținerea și repararea funcției de barieră a tegumentului (un emolient remarcabil fiind Lipobase Repair), iar corticosteroizii topici au anumite precauții clinice care le limitează utilizarea pe perioade lungi de timp. Inhibitorii topici de calcineurină dețin un loc bine stabilit în managementul DA, fiind o alternativă valoroasă a corticosteroizilor topici, dar fără efectele nedorite ale acestora. Protopic® (tacrolimus unguent 0,03% ; 0,1%) este eficient și sigur în terapia formelor moderate și severe de DA, începând cu vârsta de 2 ani. Numeroase studii clinice au demonstrat siguranța administrării tacrolimus topic la peste 19,000 pacienți, inclusiv 7,600 copii.

3. LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG IN PREVENTIA SI TRATAMENTUL DERMATITEI ATOPICE LA NOU-NASCUTI, SUGARI SI COPII

Andreia Schillo,

Solartium Group

Dermatită atopică reprezintă principalul semn de boala atopică în primul an de viață. Manifestările la nivel cutanat constau în prurit, leziuni eczematoase și piele uscată. În general dermatita atopică se asociază cu alte atopii (astm bronșic, rinita alergică, eczema cronică).

Datorită numărului mic de studii epidemiologice, este dificilă o evaluare precisă a frecvenței dermatitei atopice, cert este că răspândirea sa a fost într-o constantă creștere în țările industriale, mai ales în ultimii 20 de ani.

Factorii genetici au un rol foarte important în apariția dermatitei atopice. Între 50% și 70% dintre pacienții cu dermatita atopică au o rudă de gradul întâi atopică și 72% dintre gemenii monozigoti comparativ cu 23% dintre gemenii dizigoți arată o potrivire a fenotipului atopic. Pe lângă istoricul parental, factorii de mediu și igiena sunt responsabili de prevalența în creștere a dermatitei atopice.

O microfloră intestinală sănătoasă reprezintă o barieră gastrointestinală contra agenților patogeni. S-a demonstrat că pacienții atopici au un dezechilibru în dezvoltarea unei bariere gastrointestinale normale. Aceasta disfuncție poate conduce la transferul unui număr crescut de antigene încă din primele luni de viață, fapt ce predispune pacienții la reacții alergice și boli atopice. Unele tulpini probiotice au capacitatea de a mătura bariera gastrointestinală, evitând transferul excesiv de antigene și reducând riscul de boli atopice.

Studii recente au demonstrat că:

- LGG stimulează IgA- și IgM-secretorii. Anticorpii IgA contribuie la excluderea antigenelor din intestin și contribuie la formarea toleranței orale
- Proteazele secretate de microflora intestinală contribuie la producția antigenelor, înainte ca acestea să intre în contact cu mucoasa.
- LGG stimulează maturarea barierei gastrointestinale, evitând transferul excesiv de antigene
- LGG stimulează producția de TGF- β , cu un rol important în dezvoltarea toleranței orale

4. SIFILISUL LA GRAVIDE SI CONSECINTA BOLII LUETICE ASUPRA PRODUSULUI DE CONCEPTIE

Conf. Dr. Maria Rotaru

Facultatea de Medicina “ Victor Papilian “ Sibiu ULBS

Disciplina Dermatologie

Scopul studiului

Să se aprecieze consecința infecției luetice asupra fătului și a nou născutului la femeile gravide diagnosticate cu sifilis în diferite stadii de boală.

Material și metoda

Studiul a fost efectuat în Spitalul Clinic Universitar de Urgență Sibiu, Clinica Dermatologie pe un grup de 50 de femei însărcinate și diagnosticate cu sifilis , care au fost urmărite până la naștere. Nou născuții au fost monitorizați cu scorul APGAR, la naștere , și s-a efectuat un examen clinic și biologic complet, inclusiv serologie VDRL și TPHA

Rezultate

Sifilisul congenital prezumtiv a fost apreciat în procent de 97 % , dar a fost confirmat numai în 3% din cazuri.

Grupa de vârstă între 21 -30 de ani a reprezentat 60% din totalul pacientelor , iar sifilisul latent a fost diagnosticat la naștere în procent de 46%. Un procent de 60 % din nou născuți au fost sub greutate, cu prematuritate gr I în 46% din cazuri . Patologia la naștere a fost în principal suferința fetală în diverse grade, dar și ischemia cerebrală, hepatită sau hepatosplenomegalia , anemia sau criptorhidia.

Concluzie

Monitorizarea gravidei cu sifilis este o prioritate maximă, pentru a putea efectua tratamentul specific cât mai precoce și a reduce efectele negative ale bolii asupra fătului.

5. DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL – PREZENTAREA TIPARULUI DE CAZ ȘI POSIBILITĂȚI DE PREVENȚIE PRIMARĂ

*Celina Stafie, ** Irina Crișcov, *** Victoria Maxim, ****Camelia Șurubaru

*Șef de lucrări Disciplina Medicină de Familie UMF Iași, medic primar

interne, rezident anul V alergologie, Iași

** Asistent universitar Disciplina de Pediatrie UMF Iași, Clinica a IV a, specialist pediatrie Iași,

*** Medic primar pediatru, specialist alergolog, Prolife Clinics, Iași

**** Medic rezident alergologie anul II, Iași

Introducere: Dermatita atopică apare în proporție de peste 90% în primii 3 ani de viață, din părinți atopici. Evoluția ei este cronică, cu potențial de vindecare, dar rămâne un procent considerabil, de 25 %, care se vor complica la vârstă adultă cu rinită și apoi astm alergic, constituind ceea ce alergologii numesc „marșul alergic”.

Material și metodă: Au fost studiate prin chestionarul validat de educație terapeutică un număr de 13 cazuri de copii cu vârste cuprinse între 2 luni și 3 ani, cu predominanța sexului masculin. Au fost inventariați factorii de risc atopici, antecedentele, obiceiurile alimentare materne și expunerea la alergeni indoor. Pentru toți copiii diagnosticați în urma aplicării chestionarului cu risc atopici, s-au derulat programele de educație terapeutică corespunzătoare.

Rezultate: După aplicarea SCORAD, toți copiii incluși în studiu au fost confirmați ca atopici, cu o proporție de 47,8 % în favoarea remisiunii complete, un procent de 24,2% în evoluție cu rinită alergică, iar 32% în evoluție cu astm bronșic alergic. Procentele au reieșit înainte de aplicarea programului de educație terapeutică.

Interpretarea rezultatelor: Procentul ridicat pentru marșul alergic (24,2%, respectiv 32%) se explică prin lipsa de prevenție primară, a măsurilor de evicție alergenice (lapte de vacă, ou, carne de vacă) la născut și sugar. Devine astfel necesară, chiar imperioasă preluarea răspunderii pentru avizarea mamelor atopice în legătura cu măsurile ce trebuie luate în vederea evitării instalării și agravării evoluției dermatitei atopice la copilul mic.

6. PSORIAZISUL LA COPIL: ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE

Zenaida Petrescu, Laura Stătescu, R. Prună
UMF „Gr. T. Popa” Iași, Disciplina Dermatologie

Psoriazisul, afecțiune cronică care atinge pielea, unghiile, articulațiile, cu bază genetică complexă și mecanism imunologic, poate prezenta debutul la vârsta copilăriei (27% din cazuri sub vârsta de 15 ani).

Caracteristicile psoriazisului la vârsta copilăriei includ următoarele aspecte:

- îmbracă frecvent la debut forma gutată;
- atinge adesea zona pliurilor, în special perineo-genital, ombilical;
- poate afecta fața, scalpul, palmel și tălpile;
- poate progresa rapid spre forma eritrodermică.

Din formele clinice ale bolii întâlnite la copil remarcăm: psoriazisul "de scutece" (napkin psoriasis), forma gutată, psoriazisul folicular, psoriazisul în plăci (vulgar), forma flexurală (inversată), psoriazisul eritrodermic, pustulos, artropatic. Aspectele mai particulare în funcție de localizare includ: psoriazisul palmo-plantar, sebopsoriazisul, psoriazisul pityriasis amiantaceea-like, psoriazisul unghial (izolat).

Psoriazisul "de scutece": debutează uzual la vârsta de 3-6 luni, inițial în zona scutechului, ca o placă eritematoasă bine delimitată, se extinde pe trunchi și membre prin plăci mici eritemato-scuamoase, uneori pe față; dispare după vârsta de 1 an.

Psoriazisul gutat este obișnuit ca primă manifestare la copii și adolescenți, apărând în 2/3 cazuri la 1-3 săptămâni de la o infecție streptococică a tractului respirator superior. Prezintă plăci mici (5 mm – 1 cm

diametru), rotund-ovalare eritemato-scuamoase, cu dispoziție simetrică pe trunchi și în partea superioară a membrelor. Se asociază cu HLA-cw6.

Psoriazisul folicular: prezintă leziuni mici cu dispoziție foliculară, confluate în plăci la coate și genunchi.

Psoriazisul în plăci (vulgar): prezintă plăci tipice eritemato-scuamoase, bine delimitate, cu scuame mai fine decât la adult; pot fi leziuni inelare, liniare, figurate; localizările de elecție sunt ca și la adult (coate, genunchi, lombo-sacrat, scalp), dar poate fi frecvent pe față; atingerea pliurilor este adesea asociată.

Psoriazisul flexural (inversat): plăci eritematoase la pliuri (inghino-crural, interfesier, perineo-genital, ombilical, axilar), mai puțin scuamoase.

Psoriazisul pustulos: rar întâlnit la copil, mai frecvent la sexul masculin, sub vârsta de 2 ani.

Psoriazisul pustulos localizat poate fi:

- palmo-plantar: pustule urmate de descuamare;
- acropustuloză (acrodermatită continuă Hallopeau): eritem și edem periunghial, pustule urmate de descuamare la pulpa degetelor, distrofii unghiale.

Psoriazisul pustulos generalizat

- forma acută generalizată (Von Zumbusch): eritem difuz, pustule separate și confluate, urmate de descuamare, febră etc.;
- forma inelară: plăci eritematoase inelare, cu pustule, apoi descuamare;
- forma pustuloasă generalizată, asociată cu leziuni litice osoase și sindrom de fugă capilară/ sindrom de insuficiență respiratorie acută.

Modificări asociate în psoriazisul pustulos:

- glosită exfoliatrice marginală (limbă geografică);
- distrofii unghiale;
- alopecie difuză;
- artrită;
- leziuni litice osoase, osteomielită;
- insuficiență renală;
- atingere hepatică.

Psoriazisul eritrodermic: prezintă două forme clinice:

- în plăci, extensivă;
- eritrodermică de la început, făcând parte din spectrul psoriazisului instabil, cu evoluție severă. Este rară la copil.

Psoriazisul artropatic: debutul la 2-4 ani, cu predominență la sexul feminin, sau la 11-12 ani la ambele sexe. Apare la 1% din copiii cu psoriazis.

Forme clinice:

- oligoartrită a articulațiilor interfalangiene: forma comună în copilărie;
- artrită interfalangiană distală asimetrică;
- artrită mutilantă asociată cu sacroileită;

- artrită simetrică;
- spondilartrită anchilozantă.

Asocieri: uveită anterioară cronică, dactilită.

Forme particulare în funcție de localizare

Psoriazisul palmo-plantar: pot fi plăci tipice eritemato-scuamoase, forme pustuloase, ca și atingeri mixte.

Aspecte atipice: pulpите uscate.

Sebopsoriazisul (Seborhiazis): plăci eritematoase ale scalpului, regiunii sprâncenelor, auriculare și preauriculare, cu scuame moi, grăsoase; asociere psoriazis – dermatită seboreică.

Psoriazisul scalpului pityriasis amiantaceea-like: scuame alb-sidefii, aderente, care urcă pe firele de păr.

Psoriazisul unghial: poate fi rar primul semn al bolii; modificările unghiale apar în 80% din cazurile de artrită psoriazică la copil.

Atingerea comună: depresiuni punctiforme ale lamei; rar sunt atinse toate unghiile.

Alte modificări: de culoare ale lamei, "pete de ulei", hiperkeratoză subunghială, onicoliză etc.

Tratamentul psoriazisului la copil: include terapia topică, fizioterapia, medicația sistemică.

Terapia topică: poate controla psoriazisul copilului de cele mai multe ori singură.

Medicațiile utilizate sunt: emoliente, decapante, corticosteroizi, analogi de vitamină D3, dithranol, imunomodulatoare topice, retinoizi topici ș.a.

Emolientele (unguente, creme) minimalizează descuamarea și previn dezvoltarea fisurilor.

Preparatele decapante (exfoliante), cu acid salicilic, uree, clorură de sodiu, magnezia usta etc., în concentrații mai mici decât cele folosite la adult și nu pe arii întinse, trebuie să fie utilizate cu prudență. Acidul salicilic se resoarbe putând apare fenomene toxice, mai puțin ureea.

Corticosteroizii topici, cu putere moderată sau mare, sunt o terapie topică de primă linie la copil. Nu trebuie ca administrarea să fie prelungită peste 2-4 săptămâni, aplicațiile fiind rărite treptat.

Analogii vitaminei D3 (calcipotriol/ calcipotriene, tacalcitol, maxacalcitol, paricalcitol) reduc proliferarea epidermică și producerea de citokine proinflamatorii, fiind la fel de eficienți ca și corticosteroizii puternici în managementul psoriazisului la copil. Pot fi asociați corticosteroizilor topici pentru creșterea eficienței și reducerea eventualei iritații. Sunt necesare 4 săptămâni pentru obținerea albirii psoriazisului.

Dithranolul, eficient în managementul psoriazisului, inhibând proliferarea epidermică (acțiune pe TGF- α și receptorul acestuia), este folosit la copil sub formă de "short-contact therapy", pentru evitarea iritației

pieii normale. Asocierea corticosteroizilor topici nu este recomandată. Albirea se produce în 4-8 săptămâni.

Imunomodulatorii topici (Tacrolimus, Pimecrolimus), inhibitori de calcineurină, sunt eficiente sub ocluzie.

Retinoizii topici: tazarotenu - este similar corticosteroizilor cu potență joasă ca eficiență, dar este iritant. Poate fi asociat corticosteroizilor.

Fizioterapie este eficientă în managementul psoriazisului la copil. Sunt utilizate: UVB, UVB bandă îngustă, PUVA (în forme severe, după vârsta de 12 ani) etc.

Medicația sistemică

Antibioterapia este recomandată pentru focarul de infecție care precede psoriazisul gutat la copil.

Corticosteroizii sistemici sunt contraindicați, odată cu întreruperea putând apare eritrodermia.

Retinoizii sunt indicați în forme severe de psoriazis la copil (pustulos, eritrodermic, artropatic). Nu trebuie să fie niciodată medicația de primă intenție la copil.

Metotrexatul este rezervat formelor foarte severe, desabilitante de boală, efectele secundare (hematologice, hepatice etc.) fiind importante.

Ciclosporina A este eficientă în psoriazisul la copil dar toxicitatea renală îi limitează folosirea.

Tratamentul biologic, cu blocarea unor citokine proinflamatorii (anti TNF α), este în curs de evaluare la copil.

Terapia combinată, rotațională, secvențială ș.a. pot fi utilizate la copil.

Tratamentul specific în funcție de localizare este important la copil, ținând cont de vârstă, extensia bolii.

Eliminarea factorilor trigger și de exacerbare a psoriazisului este un deziderat adesea greu de realizat.

Educația părinților și copilului cu privire la evoluția bolii și eficiența terapiei este deosebit de utilă.

7. ACNEEA POLIMORFĂ JUVENILĂ

Daciana Elena Brănișteanu

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași

Acneea vulgară este apanajul pubertății și adolescenței. Boala poate debuta la orice vârstă, încă din primul an de viață (acneea neonatorum, și acneea infantum), putând persista ocazional și la adulți. Vârful de severitate al acneei apare la 4-5 ani de la debut, adică la 17 ani pentru fete și 19 ani pentru băieți. La pubertate prevalența acneei polimorfe juvenile este mai mare la băieți comparativ cu fetele. Datorită frecvenței sale foarte mari în rândul adolescenților (>90%), acneea vulgară este considerată astăzi ca o afecțiune cvasifiziologică, autolimitantă.

Acneea adolescentului este urmată de multe ori în viața adultă de o formă gravă de acnee, cu leziuni nodulo-chistice, care interesează fața și deseori și trunchiul. În cazul femeilor aceasta are un aspect mai puțin grav fiind consecința unei dezordini hormonale.

Acneea infantilă este o formă excepțională și neexplicată de acnee, care predomină la sexul masculin (80%). Ea debutează din luna a șasea până în luna a optsprezecea și are o evoluție ce variază între 3 și 5 ani, excepțional prelungindu-se până la pubertate.

Acneea neonatorum este adesea nediagnosticată datorită caracterului său tranzitoriu și faptului că leziunile sunt ușoare sau moderate. Apare cu o frecvență de 20%, mai ales la sexul masculin și debutează în primele săptămâni de viață sub formă de comedoane închise sau îmbracând aspect de miliarie sebacee, ambele apărând pe fondul unei hiperseboarei. Cauza acestei forme de acnee este una hormonală ca urmare a unui transfer de androgeni plasmatici materni. O altă ipoteză emisă ar fi aceea a unei creșteri tranzitorii a androgenilor plasmatici gonadici sau suprarenalieni produși de copilul însuși.

Frecvența mare a acestei afecțiuni în rândul persoanelor până în 18 ani precum și puternicul handicap estetic, psihic și social pe care le creează sunt motive serioase pentru care acneea continuă să suscite un interes crescut în rândul dermatologilor.

8. DERMATITE DE CONTACT LA NICKEL LA COPII

Prof. dr. Georgeta Sinițchi,
Universitatea "Apollonia" Iași

Nichelul este un element chimic cu simbolul Ni și număr atomic 28. Nichelul este al 28-lea element natural din tabelul lui Mendeleev, abundent în crusta terestră și larg răspândit în mediul înconjurător. Nichelul ocupă locul numărul unu în alergiile la microelemente pe plan internațional (Sanipalli-Achen 2000).

Sursele naturale de nichel atmosferic sunt prafurile emisiilor vulcanice, eroziunea rocilor și solurilor, combustia carburanților, emisii de nichel de la extracția și rafinarea minereurilor ce conțin nichel.

Ploile acide au tendința de a mobiliza nichelul din sol și de a crește concentrația acestuia în apele subterane cu concentrații crescute în plante, microorganisme și animale.

Conținutul de nichel: accesorii medicale (ace, ace de acupunctură, instrumente chirurgicale, pace-maker, proteze dentare, proteze ortopedice, părțile metalice ale paturilor de spital); accesorii vestimentare (agrafe, butoni, fermoare, la sutiene, geți metalice, jartiere, monturi ochelari, ace păr, costume cu butoni), bijuterii (brățări, lanțuri, coliere, pandantive, tatuaje, "piercing" cu accesorii ce conțin nichel); obiecte metalice diverse (ace, margini metalice la unele birouri, birouri de metal, brichete,

chei, instrumente muzicale sau părți ale acestora, materiale pentru birouri, monezi, extracte miniere).

Alimente îmbogățite cu nichel în bucătărie prin intermediul vaselor inoxidabile: cafea, cartofi, rubarbă, alte legume, vin.

Nichelul poate pătrunde în organism pe cale respiratorie (nichel atmosferic, poluare industrială, fumul de tutun; pe calea implantelor - produse vegetale consumate pot ajunge la 1 mg. nichel/kg. ; administrarea medicamentelor contaminate cu nichel (expunere parenterală) (albumine, produse de radio contact, produse de hemoliză); absorbție cutanată: (bijuterii, monezi – 1 și 2 Euro au 25% nichel) (Comisia Europeană de Toxicitate și Ecotoxicitate la componentele chimice și nichel); ingestie (cacao, nuci, soia, fulgi de ovăz), telefoane celulare – telefonul conține butoane din aliaj de nichel și prin contact repetat pot produce sensibilizare la nivelul pielii pavilioanelor urechii.

Alergia la nichel se traduce prin următoarele manifestări clinice: dermatitele de contact (bijuterii, tatuaje-„piercing”), stomatite de contact, parodontite, lichen plan, rezistență la antibiotice, rinosinuzite, rinite, astm bronșic, vasculare.

Copilul prezintă dermatite de contact prin sensibilizare la Nickel.

Cunoașterea acestora permite posibilitatea prevenției prin evicție și a tratamentului simptomatic.

9. DERMATITA ATOPICĂ LA COPIL ȘI ASTMUL BRONȘIC – ROLUL EDUCAȚIEI TERAPEUTICE A FAMILIEI ÎN PREVENIREA INSTALĂRII “ MARȘULUI ALERGIC ”

*Celina Stafie, ** Irina Crișcov, *** Maria Manuela Apostol

*Șef de lucrări Disciplina Medicină de Familie UMF Iași, medic primar interne, rezident anul V alergologie

** Asistent universitar Disciplina de Pediatrie UMF Iași, Clinica a IV a, specialist pediatrie

***Psiholog clinician, Cabinet individual psihologie,

Prevalența dermatitei atopice se ridică la aproximativ 10% în România. Ulterior, 10- 20% din acești copii vor dezvolta astm. Predispoziția către atopie se moștenește, riscul de boală atopică este mai mare la copiii cu părinți atopici, care au dezvoltat o dermatită atopică severă și astm în copilărie., comparativ cu copiii descendenți din părinți cu polinoză(1).Riscul unui copil ce are ambii părinți atopici, de a dezvolta clinic o boală alergică(dermatită, rinită, astm sau urticarie) este de 80%.

Dermatita atopică apare în proporție de peste 90% în primii 3 ani de viață, din părinți atopici.Boala este cronică, iar evoluția ei este cu potențial de vindecare, dar rămîne un procent considerabil, de 25 %, care se vor complica la vârstă adultă cu rinită și apoi astm alergic, constituind ceea ce alergologii numesc „marșul alergic”. Ca toate bolile cronice, mai ales fiind implicat nou născutul, sugarul și copilul de vârstă mică, devine imperios ca

toată familia sa beneficieze de consiliere și suport pe tot parcursul bolii. Cadrul în care putem oferi familiilor acest ajutor se numește educație terapeutică, o disciplină și o practică nou implementată în România.

Rolul educației terapeutice este de a ajuta părinții să își angajeze un potențial curativ pe o perioadă lungă de timp, întrucât evoluția dermatitei atopice merge către mica copilărie, să gestioneze cu prudență și judicios tratamentul cortizonic, necesar ca terapie locală, să dezvolte deprinderi ale familiilor atopice de a cere suport psihologic și medical.

10. PATOLOGIA DERMATOPEDIATRICĂ ÎN IMAGINI

Dr. A. Vasilca

Clinica Dermatologică Iași

Prezentarea în ordine aleatorie a unor cazuri tipice și particulare din patologia dermatopediatrică însoțite de discuții și comentarii pe marginea imagisticii.

11. MANIFESTĂRI PEDIATRICE ALE COLAGENOZELOR

Asist.univ.dr. Gabriela Stoleriu

Colagenozele sunt boli ale țesutului conjunctiv, cu etiopatogenie incomplet elucidată, care afectează unul sau mai multe organe sau sisteme. Tabloul clinic este adesea complex, iar diagnosticul poate fi dificil de realizat. Un interes deosebit în evoluția colagenozelor îl prezintă afectarea diverselor sisteme și aparate, cu o intensitate a manifestărilor diferită de la un pacient la altul, dar și în cazul puseelor repetate la același pacient, de a cărei depistare depinde evaluarea corectă a stadiului bolii și instituirea terapiei corespunzătoare, care să întârzie evoluția fatală în cazul unora dintre bolile collagenului. Manifestările clinice și intensitatea acestora depind de organele afectate, de gradul inflamației și stadiul evolutiv al bolii. În general, prognosticul este favorabil, dacă boala este diagnosticată la timp și tratată adecvat, cu o speranță de viață bună sau rezervată.

Sunt peste 200 de boli care afectează țesutul conjunctiv, unele fiind caracterizate printr-o activitate exagerată a sistemului imun, determinând inflamație și distrugere tisulară la nivelul diferitelor organe și sisteme (lupusul eritematos, dermatomiozita, polimiozita, artrita reumatoidă, sclerodermia, boala mixtă a țesutului conjunctiv, sindromul Sjögren, boala nediferențiată a țesutului conjunctiv), altele sunt generate de defecte biochimice sau defecte structurale ale țesutului conjunctiv, prin carențe alimentare (scorbutul), doar o mică parte dintre acestea fiind transmise genetic (sindromul Marfan, sindromul Ehlers-Danlos, osteogeneza imperfectă, sindromul Stickler, condrodisplazii, displazia ectodermală, epidermoliza buloasă, sindromul Alport, fibrodisplazia osifiantă progresivă, boala Menkes, prolapsul valvei

mitrale, pseudoxantomul elastic, sindromul Williams) sau având etologie necunoscută.

Boliile ereditare ale colagenului sau colagenozele includ bolile determinate de mutații în genele care codifică colagenul. Principalele manifestări ale acestor boli sunt: anomalii osoase, articulare, ale tegumentelor, vaselor, taliei și feței. Cele mai multe colagenoze se caracterizează prin pleiotropismul relațional al genei implicate, aspect explicabil prin prezența colagenului la nivelul mai multor aparate, sisteme, organe și prin tabloul complex al manifestărilor.

Particularitățile acestui grup de boli manifestate la vârsta copilăriei și adolescenței se referă la dificultatea stabilirii diagnosticului în unele cazuri, prin realizarea cu atenție a unui diagnostic diferențial corespunzător grupului de vârstă. Părinții pacienților se pot adresa serviciilor de dermatologie, dar și de medicină internă, neonatologie, reumatologie, nefrologie, cardiologie, gastro-enterologie, genetică etc. După stabilirea diagnosticului corect și instituirea schemei terapeutice adecvate, copilul trebuie să beneficieze de atenția și înțelegerea persoanelor din mediul familial și școlar, prin programe adaptate, eventual, la particularitățile fizice sau psihologice ale cazului.

Un rol deosebit în educarea membrilor familiei și a personalului din grădinițe și școli îl au medicii pediatri și medicii de familie, deoarece consumul unei medicații corespunzătoare, urmat de ameliorarea sau oprirea în evoluție a semnelor și simptomelor bolii, în absența unui program de recuperare fizică și fără o supraveghere psihologică a micului pacient, nu reprezintă un succes terapeutic. Urmărirea cazului pe termen lung vizează toate aceste aspecte. În prezent, datorită descoperirilor terapeutice din ultimii ani, este posibilă o remisiune de lungă durată, cu o toxicitate mult scăzută și reacții adverse minime, cu o menținere bună a calității vieții chiar și în cazul colagenozelor sistemice care evoluează progresiv.

POSTERE – SESIUNEA REZIDENȚI

1. ANGIOSARCOMUL KAPOSI ASOCIAT CU BOALĂ VON WILLEBRAND - CONSIDERAȚII PE SEAMA UNUI CAZ CLINIC

Irina Mihailă, Ramona Isopescu, Corneliu Dobre

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași

Descrisă pentru prima dată de Moris Kaposi în 1872, boala Kaposi reprezintă o proliferare malignă a țesutului conjunctiv, dezvoltată pe seama celulelor endoteliale ale vaselor sangvine precum și a fibroblastilor, cu afectare predominant cutanată, dar care poate interesa și organele interne. Se descriu patru forme clinico-evolutive: clasică, endemică, iatrogenă și asociată infecției HIV-SIDA. Tratamentul este în funcție de evoluția bolii: în formele puțin evolutive, constă în ablația chirurgicală a leziunilor, electrocauterizarea acestora, crioterapie sau injecții intralezionale cu citostatice, în formele tumorale întinse fiind necesară chimioterapia. La pacienții care asociază SIDA este utilă asocierea chimioterapiei cu medicația antivirală.

Vă prezentăm cazul unei paciente de 26 de ani, diagnosticată de la vârsta de un an cu boală von Willebrand, care se internează în Clinica Dermatologică Iași prezentând leziuni papulo-nodulare roșii-violacee, izolate și cu tendința la confluaire în plăci, infiltrate, nedureroase, dispuse la nivelul regiunii deltoidiene drepte. Din investigațiile paraclinice se remarcă doar o anemie feriprivă. S-au efectuat 2 biopsii cutanate, ambele relevând proliferare vasculară angiomatoasă și fibroblaști frecvenți, perivascular, dispuse în noduli la nivelul dermului, care sunt sugestive pentru boala Kaposi. Pacienta a fost îndrumată spre Serviciul de Oncologie Iași pentru stabilirea conduitei terapeutice adecvate.

2. CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU PSORIASIS.

Elda Ziu*, Carmen Nicoleta Smocoț*, Irina Atudorei*, Narcisa Adriana Prodan**, Laura Gheuca Solovastru**.

*Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

**Universitatea de Medicină și Farmacie UMF "Gr.T.Popa" Iași

***Clinica Alergologie, Spital clinic de Urgențe "N. Malaxa" București

Psoriazisul este o afecțiune inflamatorie cronică cu determinism genetic care apare sub acțiunea unor factori declanșatori. Între psoriazis și stresul psiho-emoțional există un cerc vicios de declanșare și întreținere a bolii fapt ce a fost urmărit și în această prezentare.

Boala se caracterizează prin manifestări cutanate de la ușoare până la severe, frecvent asociate cu manifestări articulare care pot evolua spre impotență funcțională. Impactul negativ al acestei afecțiuni se răsfrânge atât asupra vieții sociale, familiale, cât și asupra costurilor managementului global al bolii (absenteismul îndelungat de la locul de muncă, scăderea productivității, multiple încercări terapeutice, etc).

Studiul nostru a cuprins un lot de 108 de pacienți internați în clinica de Dermatologie Iași pe o perioadă de 6 luni (noiembrie 2009 - aprilie 2010), urmărindu-se afectarea calității vieții în funcție de severitatea bolii, sex, vârstă, mediu, opțiuni terapeutice, calculată prin indici dermatologici (DLQI) și indici specifici ai bolii (PASI).

3. REACTII ADVERSE CUTANATE ALE TERAPIEI CU INTERFERON SI RIBAVIRINA PENTRU HEPATITA CRONICA CU VIRUS C

Nicoleta Iov, Doinița Olinici, Georgeta Gheghe, Daciana Brănișteanu, Vasile Drug

Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Incidența hepatitei cronice cu virus C este în prezent în creștere în Europa. Un număr tot mai mare de pacienți cu hepatită cronică activă cu VHC beneficiază de terapie cu interferon și ribavirină.

Această combinație terapeutică poate fi responsabilă de o serie de reacții adverse, unele nonsevere, cum ar fi: erupții cutanate, prurit, inflamație la locul injectării, iar altele mai grave: apariția sau agravarea unor afecțiuni dermatologice severe: lupus eritematos, vitiligo, psoriazis sau lichen plan.

Femeie, 41 ani, cu hepatită cronică cu VHC, fără antecedente alergice, se internează pentru plăci eritemato-crustoase rotund-ovalare, bine delimitate, diseminate pe trunchi și membre, pruriginoase, apărute la 3 luni după începerea terapiei cu interferon și ribavirină. Pacienta a remarcat o importanță uscăciune a tegumentelor după începerea terapiei antivirale pentru hepatită C, precum și căderea difuză a părului.

Sub tratament cu antihistaminice, desensibilizante nespecifice și local cu dermatocorticoizi precum și antibiotice pentru plăcile gratate evoluția a

fost favorabilă, nefiind necesară întreruperea terapiei pentru hepatita cu VHC.

Concluzii: Incidența reacțiilor adverse cutanate principale la pacienții tratați cu interferon alfa și ribavirină pentru hepatita cronică C este în prezent necunoscută, dar aceste efecte adverse trebuie să fie luate în considerare (iar pacienții trebuie să fie informați despre posibilitatea apariției acestora), deoarece, câteodată, poate duce la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului.

4. HIDROSADENITA SUPURATIVĂ

Alupoaei E. Alina*, R. Prună*, Maia Pulbere*, Irina Zlei*, Aida Bădescu**, Laura Stătescu**

*Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

**U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași

Hidradenita supurativă (acnee inversă, maladia Verneuil, apocrinita supurativă) este o boală inflamatorie cronică, supurativă, cicatricială și recidivantă care afectează zonele bogate în glande apocrine (axila, zona inghinală, regiunea perianală, mamară), dar poate avea și o localizare atipică (abdomenul - periombilical, toracele, scalpul, retroauricular). Descrisă inițial de Velpeau, apoi de Verneuil - asocia procesul supurativ cu glandele sebacee, considerată clasic o afecțiune ocluzivă, piogenică a glandelor apocrine, recent s-a emis ipoteza că hidrosadenita supurativă ar fi o afecțiune a epitelului folicular și nu a glandei apocrine, hiperkeratoza foliculară fiind fenomenul inițial ocluziv, infecția bacteriană situându-se pe loc secund. Cu o etiopatogenie incomplet elucidată, se pare că boala este mai frecventă decât s-a crezut, dar diagnosticul este adesea ignorat sau greșit încadrat.

Prezentăm cazul unui bărbat, de 49 de ani, din mediul urban, diagnosticat de 14 ani cu hidrosadenită supurativă axilară și inghinală bilaterală, ce asociază ca factori de risc obezitatea, fumatul, scăderea toleranței la glucoză orală. Deși corect diagnosticat și tratat de la început, evoluția a fost una trenantă, fără remisiunea totală a leziunilor sau a supurației, un rol important jucând și necomplianța pacientului.

Concluzii: Boala este rareori fatală, cu excepția cazului când se complică cu infecții sistemice la indivizii imunocompromiși, dar ea poate influența profund toate aspectele calității vieții profesionale și personale. Chiar dacă nu există un tratament curativ, în ultima perioadă încercându-se chiar terapia biologică, acesta trebuie adaptat stadiului bolii precum și fiecărui pacient în parte, de aceea, relația medic-pacient e foarte importantă.

5. MORFEEA ÎN "LOVITURA DE SABIE". BOALA GRAVES- BASEDOW- PREZENTARE CAZ CLINIC-

AbuMahfouz Hussein, Craciunescu Iuliana Viorica, Tatiana Taranu
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași,
Clinica Dermato-Venerologie, Spitalul C.F. Iași

Sclerodermia este o afecțiune a țesutului conjunctiv (conectivita) de cauză necunoscută și cu mecanism autoimun, caracterizată printr-o fibroză pronunțată a dermului și atrofie epidermica asociată sau nu cu atingeri viscerale. Din punct de vedere clinic sclerodermia are 2 forme: sistemica și localizată. Sclerodermia circumscrisă este o formă clinică ce atinge teritorii limitate ale tegumentului, fără tendința la afectare viscerală. Sclerodermia în bandă se localizează de regulă pe față și membre, rar pe trunchi. La nivelul feței și pielii capului este caracteristic aspectul "în lovitură de sabie".

Debutul este la nivelul frunții (banda paramediana, 1-3cm lărgime, cu partea de sus în pielea capului însoțită de alopecie cicatriceală) sau la nivelul tâmplor coborând anteroauricular, la maxilarul inferior. Sclerodermia în bandă se întâlnește mai frecvent la nivelul membrelor; debutează la rădăcina membrelor ca o bandă de 2-5 cm unde tegumentele devin scleroatrofice și are o progresie descendentă.

Boala Graves și tiroidita Hashimoto se pot însoți de boli autoimune ale țesutului conjunctiv (lupus eritematos discoid și lupus eritematos sistemic, sclerodermie, sindromul Sjögren, boala mixtă de țesut conjunctiv), dermatoze buloase autoimune, displazie ectodermală hipohidrotică, urticarie și angioedem, vitiligo. Boala Graves- Basedow este una din principalele forme clinice de tireotoxicoză, prevalența este de aprox. 15-20%. Tabloul clinic cuprinde constant triada simptomatică: sindrom tireotoxic – gușa - oftalmopatie la care se pot adăuga acropachia și mixedemul pretibial (dermopatia infiltrativă).

Sclerodermia în banda are o durată de evoluție mare, cu o rezistență la tratament mai crescută decât celelalte forme și lasă frecvent sechele inestetice, chiar dacă este corect tratată. Prognosticul este relativ bun, cu și fără tratament, cu posibila diminuare a duratei și hipopigmentari reziduale în timp de luni sau ani.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente, în vârstă de 36 ani din mediul urban. Pacienta se internează pentru modificări scleroatrofice tegumentare localizate la nivelul frunții, rădăcinii membrului superior stâng și gambei, iritabilitate, insomnie, tremor al extremităților, senzație de nod în gât, scădere ponderală.

Pacienta este spitalizată în Clinica Dermatologică a Spitalului Universitar C. F. Iași pentru modificări scleroatrofice tegumentare sugestive formei clinice de morfee „în lovitură de sabie” (cu un istoric de 8 ani al simptomelor cutanate). De asemenea prezintă semne generale pleomorfe: iritabilitate, insomnie, tremor al extremităților, senzație de nod în gât, scădere ponderală, pentru care se solicita un consult endocrinologic în cadrul căruia este diagnosticată cu boala Graves- Basedow.

Tratamentul se face general și local, cu antimalarice de sinteză, vitamina E și derivați de vitamina D, precum și antitiroidiene de sinteză pentru boala tiroidiană.

6. NAPKIN PSORIAȘIS

Elena Ciubotariu^{*}, Alina Alupoaei^{*}, Georgiana Mihăilă^{**}, Florentina Cucer^{***}, Doinița Olinici^{*}, T. Bontea^{*}, Daciana Elena Brănișteanu^{*}

^{*}Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași,

^{**}Spitalul Municipal "Elena Beldiman" Bârlad,

^{***}Spitalul de Copii "Sf. Maria" Iași

Apariția psoriazisului în perioada de nou-născut și sugar este posibilă, dar dificil de diagnosticat, existând mai multe afecțiuni cu care poate fi confundat la această categorie de vârstă sau cu care poate coexista o perioadă de timp. Nou-născuții și sugarii dezvoltă în special forma numită napkin psoriasis sau „psoriazisul de scutece”, cu leziuni la nivel ano-genital, pe zona de contact cu scutul.

Descriem cazul unui sugar în vârstă de 4 luni internat în Clinica Dermatologică Iași pentru o erupție cutanată de forma unui placard simetric eritemato-scuamos, cu margini foarte bine delimitate la nivel ano-genital, fese și treimea superioară a coapselor, la care s-a remarcat apariția la scurt timp a unor plăci cu același aspect la distanță de leziunile inițiale la nivel cervical anterior și posterior, torace anterior și posterior, plica cotului bilateral, axile, scalp, retroauricular. Inițial greu de stabilit un diagnostic de certitudine, printr-o atentă evaluare anamnestică, clinică și paraclinică s-a formulat diagnosticul de napkin psoriasis. Sub tratamentul local instituit evoluția leziunilor a fost spectaculoasă.

Concluzii: Este important de notat dificultatea diagnosticului la această vârstă, cu atât mai mult cu cât psoriazisul se poate greșa pe alte afecțiuni cutanate specifice sugarului. Prognosticul nu poate fi exprimat existând posibilitatea transformării în psoriazis pustulos sau altă formă clinică la vârstă mai mare.

7. PEMFIGUS VULGAR LA TÂNĂR - CONSIDERAȚII PE SEAMA UNUI CAZ CLINIC

Ramona Isopescu, Irina Mihailă, Corneliiu Dobre

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași

Termenul de pemfigus, provine din limba greacă (pemphix = bulă) și a fost introdus de Wicham în 1791 pentru a desemna un grup de afecțiuni cutaneo-mucoase autoimune, care sunt caracterizate histologic prin apariția de bule intraepidermice și imuno-histopatologic prin prezența de autoanticorpi de tip Ig G direcționați împotriva unor elemente de pe suprafața keratinocitelor. Prevalența bolii este egală la ambele sexe, vârsta medie de

aparitie fiind de 40-60 ani, în 80 - 90 % din cazuri, deși au fost descrise cazuri care au debutat în copilărie. Leziunile mucoasei orale pot să preceadă cu câteva luni apariția leziunilor cutanate și uneori să rămână unica localizare a bolii întârziind diagnosticul.

Vă prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 24 de ani care s-a prezentat în clinica noastră pentru eroziuni dureroase ale mucoasei bucale și eroziuni, fisuri acoperite de cruste hematice dispuse la nivelul buzelor, care au debutat cu 6 luni înaintea internării și au avut o evoluție fluctuantă. Ulterior au apărut bule flasce cu conținut serocitrin pe torace. Clinic s-a emis supoziția unui pemfigus vulgar, examenul histopatologic al biopsiei cutanate confirmând diagnosticul. Tratamentul a constat în corticoterapie generală (Prednison 0,5mg/kgc) cu scăderea progresivă a dozelor, creme epitelizante și dermatocorticoizi, evoluția ulterioară fiind favorabilă cu dispariția leziunilor.

8. VITILIGO ASOCIAT AFECTARII ENDOCRINOLOGICE MULTIPLE AUTOIMUNE ÎN CADRUL SINDROMULUI SCHMIDT

Stincanu Alina*, Radu Monica Iuliana*, Ioannou Antonios*, Cristina Ungureanu**

*Clinica Dermatovenerologie – Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi,

**Clinica Endocrinologie – Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi

Prezentăm cazul unui pacient de 21 de ani, sex masculin, mediul rural, diagnosticat în Clinica Endocrinologie Iași, la vârsta de 17 de ani cu boala Addison, tiroidita autoimună cu hipotirodie, hipogonadism hipergonadotrop (manifestări încadrate în sindromul Schmidt- poliendocrinopatie autoimuna tip 2), vitiligo și poliosis.

Examenul tegumentelor evidențiază prezența unui placard hipopigmentat, bine delimitat, cu margini sinuoase, convexe, cu diametrul 20/15cm, având pe suprafața insule intens pigmentate, asimptomatic, în regiunea abdominală, precum și zone hipopigmentate periorbital și preauricular, iar în regiunea antebrațelor, multiple cicatrici posttraumatice depigmentate, contrastând cu hiperpigmentarea generalizată caracteristică bolii Addison. În regiunea frontală mediană, pe zona de tegument lipsită de pigment melanic, o mesă de păr alb, complet depigmentată.

Bilanțurile biologice și endocrinologice susțin o bună conduită terapeutică pe liniile deficitare sub tratament substitutiv corticosteroidian, tiroidian și gonadal. Dată fiind vechimea leziunilor de vitiligo și etiologia autoimună, s-a optat pentru tratament de tip fotoprotecție și camuflaj cu rol estetic, evaluarea ulterioară a leziunilor noi ce apar cu restabilirea conduitei terapeutice.

Asocierea vitiligo cu afectare endocrinologică multiplă de tip autoimun, susține diagnosticul de sindrom Schmidt, deși pacientul este de sex masculin și vârsta de debut este sub media citată în literatură. De asemenea, este susținută etiopatogenia autoimună a afectării cutanate.

9. URTICARIE CRONICA IDIOPATICA ŞI ERITEM POLIMORF – CONSIDERAŢII ASUPRA UNUI CAZ CLINIC

Adriana-Narcisa Prodan*, Irina Atudorei**, Elda Ziu**, Carmen Smocot**
Laura Gheuca Solovastru

*Clinica Alergologie, Spital clinic de Urgențe “N. Malaxa” București

**Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași

Urticaria cronică idiopatică este o suferință dermatologică definită prin prezența aproape zilnică a papulelor urticariene pentru cel puțin 6 săptămâni, fără o cauză identificabilă, motiv de frustrare atât pentru pacient, cât și pentru medicul curant. 30-50% din acești pacienți prezintă însă autoanticorpi pentru receptorii de înaltă afinitate ai IgE, fiind deci, autoimune. La o bună proporție din cazurile cu urticarie cronică “idiopatică” se decelează modificări autoimune intrinsece, în mod particular o treime din aceștia asociind tiroidită autoimună, cu sau fără status tiroidian alterat.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente de 54 ani, mediu urban, cunoscută clinicii de trei ani pentru manifestări cutanate de urticarie cronică, aflată în tratament cu Medrol și antihistaminice în dublă asociere. În APP se notează hepatita VHC, vasculită limfocitară secundară în cadrul hepatopatiei cronice, urticarie și angioedem medicamentoase (în mod particular la compuși AINS), triadă Vidal, tiroidită autoimună (cu eutiroidie).

Examenul clinic obiectiv a evidențiat status supraponderal, facies cushingoid, papule urticariene nivelul gambelor cu tendință la generalizare, și plăci eritemato- edematoase rotund ovalare, centrate de o pseudo-veziculă, localizate la nivelul trunchiului, regiunea lombo-sacrată, fese, pentru care se practică biopsie cutanată.

S-a luat în discuție observația urticariei autoimune slab controlate prin corticoterapie, dar și a etiologiei paraneoplazice a leziunilor, pacienta fiind orientată pentru extinderea investigațiilor prin IRMN. Microscopia fragmentului cutanat sugerează modificări de eritem polimorf.

Concluzii: Cazul a prezentat interes datorită leziunilor cu morfologie și caracter diferit suprapuse pe tabloul de urticarie cronică, și dificultăților de gestionare a terapiei în condițiile unui control nesatisfăcător al simptomatologiei clinice.

10. PREZENTARE CAZ CLINIC: SIFILIS PRIMO-SECUNDAR

Alina Tancau, Nicoleta Iov, Oana Siriac, A. Vasilca
Clinica Dermatologica – Spitalul “Sf. Spiridon” Iasi

Introducere: Sifilisul este o afecțiune cu transmitere sexuală, cu evoluție cronică și intermitentă produsă de spirocheta *Treponema pallidum*. Infecția treponemică evoluează stadiial, progresiv, diferitele stadii evolutive fiind despărțite de perioade de latență. Acest mod particular de evoluție întârzie deseori prezentarea pacientului la medic.

Caz clinic: Descriem cazul pacientului B.O., sex masculin, în vârstă de 18 ani, din mediul rural, internat în clinica noastră cu suspiciunea de sifilis secundar. Pacientul declară un contact sexual neprotejat cu o persoană necunoscută în urma cu 10 săptămâni. La 4 săptămâni de la contactul sexual, pacientul descrie apariția unei eroziuni bine delimitate, rotund-ovalară, nedureroasă la nivelul tecii penisului ce corespunde descrierii sancrului sifilitic. După o săptămână de la apariția acestei leziuni, pacientul observă adenopatia inghinală, bilaterală, analizele efectuate (RPR, TPHA) la indicația medicului dermato-venerolog din ambulator fiind negative. Pacientul este îndrumat spre clinica noastră, unde se prezintă abia după 4 săptămâni când deja aparuseră rozeolele sifilitice.

Discuții: Pacientul face parte din cele 25% din cazuri în care pot coexista leziunile din sifilisul secundar cu sancrul primar rezidual.

Concluzii: În ultimul timp asistăm la multe cazuri de lues latent, iar acesta este un caz de sifilis florid. Interesul pentru sifilis se menține și în prezent din următoarele motive: capacitatea crescută a acestei infecții de a determina epidemii, chiar și acolo unde frecvența bolii pare scăzută; imposibilitatea societății moderne de a obține eradicarea acestei boli; menținerea capacității acestei afecțiuni, chiar în condiții terapeutice moderne, de a produce leziuni viscerale grave (cardio-vasculare, neurologice).